

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XLIII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements.............	20	—
Pour l'Europe.....................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 67, rue de Rome, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XLIII

Contenant des travaux de

Abilio di Mascarenhas, Bourcart, Dayot, Du Bouchet, Franke, Goubaroff, Hartmann, Hartmann et Toupet, Labusquière, Lipinski, Mathias Duval, Noguès, Oui, Pichevin, Pinard, Queirel, Reymond, Richelot, Snéguireff, Tuffier et Lévi, Varnier.

1895

(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1895

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE PENDANT L'ANNÉE 1894

Par **A. Pinard**
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté.

Fidèle à mes engagements, je veux aujourd'hui vous exposer les résultats que nous avons obtenus à la Clinique Baudelocque, du 7 décembre 1893 au 7 décembre 1894, après avoir suivi et appliqué rigoureusement les préceptes que je vous demande la permission de rappeler :

1° *Abandon de l'accouchement prématuré artificiel :*

2° *Abandon de toute application de forceps et de toute opération impliquant la lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin (que cette résistance siège au détroit supérieur, dans l'excavation ou au détroit inférieur) :*

3° *Abandon absolu de l'embryotomie sur l'enfant vivant ;*

4° *Agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, coccygotomie) dans tous les cas où il y a résistance osseuse non vaincue par les contractions, la tête étant bien orientée et où le calcul me démontre que la section du bassin et un écartement ne dépassant pas 7 centimètres permettront le passage d'une tête de fœtus à terme ;*

5° *Opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique (opération de Porro) dans les cas d'étroitesse absolue.*

Ayant ainsi pour guide ces idées directrices, 22 agrandissements momentanés du bassin par symphyséotomie ont été pratiqués du 7 décembre 1893 au 7 décembre 1894 :

5 par le Dr Varnier, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux ;

6 par le Dr Wallich, chef de clinique ;

2 par le Dr Bouffe de Saint-Blaise, chef de laboratoire ;

9 par moi.

Je vais vous donner le résumé de ces 22 observations dont les onze premières ont déjà été publiées dans mon rapport, lu au Congrès international des sciences médicales tenu à Rome du 25 mars au 5 avril 1894 (1).

Obs. **571**. — XXXVIIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 10 avril 1894 (Pinard).

La nommée Eulalie R..., âgée de 28 ans, primipare, entre à la Clinique le 10 avril 1894 à midi. Cette femme a marché à 11 mois et est à terme. Par le palper, on constate une présentation de la face. Par le toucher, on trouve le nez au centre de l'excavation, les narines regardent en arrière et à droite. Col en voie d'effacement, engagement non effectué. Poche des eaux rompue aussitôt après l'arrivée de cette femme à la salle. A l'auscultation, on trouve le foyer en avant et au-dessous de l'ombilic.

A une heure du soir, le col est complètement effacé. Dilatation comme 50 centim. A 3 heures, Mlle Roze touche cette femme et trouve le front au centre de l'excavation. Le bassin est vicié et mesure 103 de diamètre promonto-sous-pubien. Faux promontoire sacré, 99mm.

A 8 heures et demie du soir, la dilatation est d'un peu plus de 5 centimètres. Application dans le vagin du ballon Champetier, distendu à son maximum.

9 h. 30. Extraction du ballon sous le chloroforme, la dilatation n'a fait aucun progrès, bruits du cœur fœtal normaux.

(1) Voir in *Annales de gynécologie*, mai-juin 1894, et *De l'agrandissement momentané du bassin*. G. Steinheil, Paris, 1894.

A 10 h. 49. Chloroforme. Section de la peau. 11 heures, section de la symphyse terminée à 11 h. 5.

11 h. 6. Écartement provoqué à l'aide de l'écarteur à vis, 6 centim. On remplace cet écarteur par l'écarteur à ressort qui marque 4 centim.

11 h. 17. Introduction de la branche droite du forceps. 11 h. 18, branche gauche. La tête est saisie régulièrement par les régions pariéto-malaires. Le placement des cuillers suffit à provoquer la rotation de la tête et le menton tourne en avant.

Les tractions sont presque nulles et la tête est expulsée à 11 h. 20. Poids de l'enfant, 2,870 gr.

11 h. 40. Extraction simple du placenta, injection intra-utérine. Suture et pansement.

Suites de couches normales. Se lève le vingt-sixième jour. Part en bon état le 25 mai. L'enfant pèse alors 3,160 gr.

OBS. 584. — XXXIX[e] *Symphyséotomie*, pratiquée le 12 avril 1894 (PINARD).

La nommée Maria B..., âgée de 17 ans, primipare, a le squelette déformé par le rachitisme. Taille : 1 m. 48.

Entre au dortoir le 23 février. Est enceinte de 7 mois et demi.

En l'examinant, on constate que le fœtus se présente par *le siège* complet. Le dos est à gauche. Le bassin est vicié, canaliculé. Diamètre promonto-sous-pubien : 90^{mm}.

Mi-sacro-sous-pubien, 89^{mm}.

Au-dessous, 95^{mm}.

Le 11 avril à midi, début du travail. A 10 h. 30 du soir, dilatation de 1 franc. La poche des eaux bombe et renferme à ce moment un paquet de cordon animé de battements. Auscultation fœtale, 126 pulsations.

Ralentissement brusque. Plaçant la femme dans la position génu-pectorale, on pratique le toucher et l'on constate que les battements au niveau du cordon sont normaux.

A 11 h. 30. Dilatation de 2 francs. A minuit on introduit un ballon Champetier dans l'utérus, on le gonfle lentement sans produire de rupture des membranes. Auscultation fœtale : 124 pulsations. Les douleurs sont peu intenses. La dilatation ne fait aucun progrès.

12 avril. A 7 h. 10 matin, on retire du ballon 100 gr. de liquide. 7 h. 50, dilatation de 5 francs. 8 h. 50, le ballon tombe dans le

vagin. La dilatation est grande comme une paume de main. On retrouve dans la poche d'eau une main et un paquet de cordon. On introduit de nouveau le ballon gonflé à son maximum et l'on commence la symphyséotomie.

A 10 h. 18, incision de la peau. Section de la symphyse. Écartement provoqué, 7 centim., avec écarteur à vis. Puis celui-ci est remplacé par l'écarteur à ressort.

10 h. 30. Extraction du ballon Champetier. La dilatation est comme une paume de main. Pendant l'extraction lente du ballon afin de dilater l'orifice, le ballon éclate. A ce moment les bruits du cœur du fœtus sont ralentis.

10 h. 34. Rupture artificielle des membranes. Liquide vert. Introduction d'une main dans l'utérus et abaissement d'un pied (le gauche).

10 h. 40. Le siège s'engage. Extraction du siège. Écartement, 45mm.

10 h. 41. Le tronc est dehors ainsi que les bras. Engagement de la tête qui descend par les tractions seules au moment où l'on se disposait à exercer les pressions externes. Écartement, 55mm. Pendant les tractions, on voit les bords de l'orifice utérin resserrés sur le cou du fœtus.

10 h. 45. Écartement, 7 centim. La tête est engagée en G. T.

10 h. 46. La bouche est à la commissure postérieure de la vulve.

10 h. 48. Extraction de la tête. L'enfant naît avec des battements faibles. Tractions sur la langue. Pendant une minute pas d'inspiration ; désobstruction des voies respiratoires avec le tube de Ribemont. Insufflation. Battements du cœur accélérés : 146 par minute. On retire le tube. 1re inspiration à 10 h. 57.

2 en une minute. Frictions. Une autre inspiration ; 2 successives en 20 secondes ; 15 secondes, 1 ; 12 secondes, 1 ; 7 en 30 secondes ; 2 successives ; 10 en 15 secondes. Mouvements vermiculaires du diaphragme.

Respiration régulière à 11 heures. 40 respirations par minute. Bain sinapisé. 11 h. 5, l'enfant se colore. Oxygène. 11 h. 10, l'enfant ouvre les yeux.

On place l'enfant dans une couveuse et on lui fait des inhalations continues d'oxygène. Dans l'après-midi l'enfant crie et va très bien.

Enfant sexe masculin, 3,320 gr.

Bipariétal, 99mm.

Suites de couches normales. Femme partie en bon état le 26 mai. L'enfant à la sortie pèse 4,300 gr.

Obs. 609. — XLe *Symphyséotomie*, pratiquée le 17 avril (Wallich).

La nommée Clara L..., primipare, entre à la Clinique Baudelocque le 26 février 1894. Elle a le squelette déformé par le rachitisme. A marché à 4 ans ; on constate une légère incurvation des tibias, pas de parenthèse fémorale.

Le bassin est vicié, *canaliculé*. Le diamètre P. S. P. mesure 108mm. Faux promontoire sacré. Présentation du siège en gauche transversale. Version par manœuvres externes.

Cette femme est placée au dortoir, où elle est gardée en observation.

Le 17 avril, à 4 heures du matin, premières douleurs, qui deviennent assez fortes vers 9 heures du matin. *Cette femme ne fait pas prévenir qu'elle souffre.* A midi, Mlle Roze allant au dortoir examine cette femme et trouve une dilatation complète. La femme est aussitôt transportée à la salle de travail ; le sommet se présente en droite transversale. Rupture artificielle des membranes. *Liquide vert.* Bruits du cœur à 120.

Midi 20. Battements à 148. Les pulsations deviennent bientôt irrégulières. Le chef de clinique appelé en hâte s'empresse de terminer l'accouchement.

1 h. 20 du soir, chloroforme. — 1 h. 25. Lavage au biiodure et à l'éther. — 1 h. 28. Incision de la peau sur la ligne médiane. — 1 h. 32. Section de la symphyse pubienne, terminée à 1 h. 45.

Pendant que la section s'achève, on n'entend plus les bruits du cœur. Écartement artificiel, 6 centim. A 1 h. 49, introduction de la première branche du forceps. — 1 h. 50, deuxième branche. Tractions. Écartement, 4 cent., rotation non faite ; rotation faite 45mm. La tête est saisie régulièrement par les régions pariéto-malaires. — 1 h. 57. Tête à l'orifice vulvaire, dégagée à 1 h. 58. *Fœtus extrait à 1 h. 59, sans battements ;* il ne peut être ranimé. Sexe masculin. Poids, 2,950 gr. Diamètre bi-pariétal, 93mm. — 2 h. 5. Sutures : 5 superficielles, 2 profondes au fil d'argent. Pansement iodoformé. Les sutures sont pratiquées avant la délivrance.

La femme se lève le 8 mai et marche bien ; partie en bon état le 25 mai.

Obs. **738**. — XLIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 8 mai 1894 (Wallich).

La nommée Berthe G..., IIpare, âgée de 35 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 1er mai 1894. Cette femme dit avoir marché à 3 ans seulement et toujours bien marché.

Première grossesse à 27 ans, accouchement à terme terminé par une céphalotripsie. Deuxième grossesse à 29 ans, accouchement à terme terminé également par une céphalotripsie.

Pour la grossesse actuelle, ses dernières règles datent du 3 au 7 août. Présentation du sommet en G.T. Bassin vicié. Diamètre P. S. P. 95mm. Début du travail le 8 mai à 5 heures du matin. A 1 heure, la dilatation est comme une paume de main, et à 1 h. 30, elle est complète. On prévient M. Wallich qui constate que la suture sagittale se trouve derrière la symphyse; la tête non engagée est très inclinée sur son pariétal postérieur. Il pratique la symphyséotomie. Anesthésie. Section de la peau et de la symphyse terminée à 2 heures. Pose de l'écarteur à vis, écartement provoqué de 65mm.

A 2 h. 2, on remplace le premier écarteur par l'écarteur sensible. A 2 h. 3, introduction de la branche gauche du forceps. Écartement de 5 centim. A 2 h. 5, deuxième branche. — 2 h. 6. Tractions. On sent un soubresaut et la tête tombe dans l'excavation.

Rotation faite, écartement de 35mm, on rapproche les cuisses. A 2 h. 15, extraction de la tête. — 2 h. 8. Naissance d'un garçon du poids de 3,340 gr .qui crie de suite.

De 2 h. 10 à 2 h. 25, trois points de suture au fil d'argent et 7 superficiels. — 2 h. 30. Extraction simple du placenta. Injection intra-utérine, pansement.

Cette femme se lève le 29 mai et marche bien. Elle part en bon état le 3 juin. Poids de l'enfant 3,600 gr.

Obs. **809**. — XLIIe *Symphyséotomie*, pratiquée pour la deuxième fois, le 19 mai 1874 (Pinard).

La nommée Fernande R..., âgée de 28 ans, journalière, entre à la salle de travail le 19 mai 1894, à 9 heures et demie du soir,

ayant des douleurs très fréquentes. Dernières règles du 12 au 20 août.

Cette femme présente de nombreuses traces de rachitisme parenthèse fémorale accusée. Elle est Vpare.

Premier accouchement à terme en 1886. Embryotomie à la clinique de la rue d'Assas.

Deuxième accouchement provoqué et prématuré à huit mois en 1889, à Lariboisière ; fille morte quelques heures après l'accouchement. (Version, 6 janvier 1889.)

Troisième accouchement provoqué au huitième mois. Basiotripsie faite à Tenon par M. Wallich, le 9 novembre 1890.

Quatrième accouchement, provoqué et prématuré. Symphyséotomie à Baudelocque en 1892, au terme de huit mois. Enfant de 2.180 gr., mort deux jours après la naissance (2e symphyséotomie).

Diamètre promonto-sous-pubien, 98mm. L'engagement n'est pas effectué.

Par le palper, on trouve la tête en bas, élevée, le dos à gauche, bruits du cœur normaux. Au toucher on sent une poche d'eau assez volumineuse qui remplit en partie le vagin. La dilatation est de plus de 5 francs ; bords dilatables.

M. Pinard pratique la symphyséotomie. A 11 h. 5 soir, incision de la peau. — 11 h. 9. Section de la symphyse. — 11 h. 29. Écartement spontané de 1 centim. Écartement provoqué de 4 centim. et demi. Bruits du cœur fœtal un peu modifiés à 11 h. 32. Application du forceps en G. T. Introduction de la première branche à 11 h. 41, aussitôt après la rupture des membranes. A 11 h. 43, deuxième branche. Écartement de 4 centim. pendant la descente de la tête.

Extraction à 11 h. 45 d'un garçon vivant pesant 2,810 gr. Délivrance quinze minutes après. Suture par trois points profonds et quatre superficiels.

Suites de couches normales.

Le 9 juin. Plaie parfaite, la malade se lève et marche avec la plus grande facilité. L'enfant pèse à sa sortie 3,460 gr.

Obs. **901**. — XLIIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 5 juin 1894 (Varnier).

La nommée Hortense T..., secondipare, âgée de 30 ans, amenée à la Clinique Baudelocque le 5 juin 1894. Cette femme dit avoir

marché à 2 ans, toujours bien depuis. Aucune déformation apparente du squelette. Elle ne se souvient pas de la date de ses dernières règles.

Première grossesse en 1892. Accouchement à terme, basiotripsie par M. Pinard.

A son arrivée, on constate que cette femme est à terme. Présentation du sommet, droite transversale, engagement non effectué. Bassin canaliculé. Diamètre promonto-sous-pubien, 104mm. On constate que l'orifice est dilaté comme une paume de main avec des bords œdématiés surtout à droite. Les contractions utérines sont régulières et énergiques. Après avoir chloroformé la femme, M. Bouffe pratique le toucher manuel et trouve une bosse séro-sanguine énorme et l'oreille à 2 centim. au-dessus du promontoire. Le liquide amniotique qui s'écoule est vert et épais. La température axillaire est de 38°,4. Pouls 106.

M. Varnier, qui s'est gardé de faire le toucher vaginal, pratique la symphyséotomie. A 11 h. 40, section de la peau. A 11 h. 45, section de la symphyse. A 11 h. 50, on pratique l'écartement provoqué. Au moment où l'aiguille de l'enregistreur marque 4 centimètres et demi, la tête paraît à la vulve. Application de forceps par M. Bouffe. Écartement de 5 centim. A 11 h. 55, extraction de la tête, procubitus de la main et du cordon qui était en sautoir. A 11 h. 56, extraction complète d'un fœtus du sexe féminin du poids de 3,580 gr. qui naît étonné, mais est vite ranimé par frictions et désobstruction des voies respiratoires. Diamètre B. P., 96 ; B. T., 85 ; G. C., 34 ; P. C., 32.

A midi, délivrance artificielle pratiquée par M. Bouffe. Injection intra-utérine.

A midi 10, suture de la plaie au fil d'argent par M. Varnier.

Suites de couches physiologiques. Réunion par première intention. Cette femme se lève le 20 juin, marche bien et sort en bon état le 1er juillet. L'enfant pèse 4,220 gr.

Obs. **902**. — XLIVe *Symphyséotomie,* pratiquée le 5 juin 1894 (Bouffe de Saint-Blaise).

La nommée Jeanne L..., secondipare, âgée de 27 ans, arrive à la salle de travail le 5 juin, à 9 heures du matin. *Cette femme a subi en ville quatre applications de forceps.* Elle a marché à quinze

mois, a eu en 1892 un accouchement terminé par une application de forceps. Enfant vivant.

La grossesse est à terme, l'utérus s'élève à 36 centim. Cette femme à son arrivée paraît très fatiguée, les traits sont tirés, le teint plombé et tout le corps d'une saleté révoltante. Température, 38°,5. Fétidité extraordinaire. Liquide vert purée.

On constate que le fœtus est vivant, qu'il se présente par le sommet en G. T. Le bassin est vicié. La dilatation est complète, la tête au détroit supérieur en obliquité postérieure. M. Bouffe pratique la symphyséotomie.

Midi 40. Section de la peau. Midi 45. Section de la symphyse, on place l'écarteur à vis en provoquant un écartement de 6 centim.; la tête descend et apparaît à la vulve. On place alors l'écarteur sensible qui accuse un écartement de 3 centim. A midi 50, application de forceps au détroit inférieur par M. Varnier. A midi 52, extraction du fœtus qui naît en état de mort apparente. Poids 3,590 gr.

Frictions et tractions rythmées de la langue ; l'enfant jette le premier cri à midi 57. Délivrance artificielle et injection intra-utérine par M. Varnier. A 1 h. 10, sutures par M. Bouffe : trois superficielles et trois profondes. Pansement.

Le 6 juin, lendemain de l'accouchement : Vomissements alimentaires ayant une odeur aigre, ballonnement du ventre excessif. Pouls irrégulier, 160 pulsations.

On retire le pansement vaginal qui répand une odeur infecte. Injection intra-utérine et curettage par M. Lepage à 6 heures du soir; les débris retirés répandent une odeur extrêmement fétide.

A 8 heures et demie du soir, la température est de 39°,5. Le pouls à 160.

Le 7. Insomnie, vomissements. Température à 8 heures matin, 38°; 180 pulsations, respirations fréquentes, sueurs froides.

Laparotomie par M. Segond, à 11 heures et demie, qui montre l'existence d'une infiltration gazeuse de tous les tissus.

La femme meurt à 1 heure du soir.

L'enfant part en nourrice le 9 juin, pesant 3,350 gr.

L'autopsie montra que la femme avait succombé à la septicémie généralisée d'origine utérine.

Obs. 979. — XLV[e] *Symphyséotomie,* pratiquée le 20 juin 1894 (Bouffe de Saint-Blaise).

La nommée Marie V..., primipare, entre à la Clinique Baudelocque le 24 mai 1894. Elle a marché à 9 mois, toujours bien depuis. Elle ne présente aucune déformation apparente du squelette. Les dernières règles datent du 12 au 15 août. A son entrée dans la salle de travail le 20 juin 1894, on constate que l'utérus remonte à 36 centim. au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

Présentation du siège en droite transversale ; pas d'engagement de la partie fœtale.

Le diamètre P. S. P. mesure 99^{mm}.

Début du travail, le 20 juin, à 9 heures du matin.

Rupture des membranes à 4 heures du matin, le 20 juin 1894.

A 3 h. 30 du soir, la dilatation est complète. On introduit un ballon Champetier dans le vagin.

A 4 h. 15, le ballon crève. A 4 h. 20, on remet un second ballon qu'on distend progressivement au maximum. A 4 h. 30, on retire le ballon. Cathétérisme vésical. Anesthésie chloroformique. Symphyséotomie par M. Bouffe. Écartement spontané de 2 centim. ; écartement provoqué de 6 centim. On remplace l'écarteur à vis par l'écarteur sensible. Écartement, 4 centim.

A 4 h. 40, M. Bouffe abaisse le pied droit.

A 4 h. 42, extraction du tronc. Au moment du dégagement des épaules, l'écartement est de 45^{mm}. Extraction de la tête. Enfant vivant du poids de 2,590 gr., insufflé pendant quelques minutes. Diamètre bi-pariétal, 90^{mm}; diamètre bi-temporal, 80^{mm} ; grande circonférence, 31 centim.; petite circonférence, 30 centim.

Suites de couches légèrement pyrétiques. La femme se lève pour la première fois le 1[er] juillet et marche bien.

L'enfant pèse à sa sortie 2,530 gr. le 16 juillet.

Obs. 1088. — XLVI[e] *Symphyséotomie* pratiquée le 8 juillet (Wallich).

La nommée Marie L..., primipare, arrive à la salle de travail le 8 juillet 94; elle a marché à 18 mois. Ses dernières règles datent du 12 au 16 septembre 1893. En pratiquant le palper, on constate que la tête est bien fixée au niveau du détroit supérieur, le dos est à gauche. La dilatation est comme une grande paume de main avec bords de l'orifice épais. Les membranes sont rompues, il

s'écoule un liquide vert et épais. Malgré une bosse séro-sanguine considérable, Mlle Roze constate que la suture sagittale est à 5 centim. 6 du bord inférieur de la symphyse. On peut placer trois doigts de champ entre le plancher osseux et la partie la plus déclive de la tête. A 6 h. et demie on place un ballon Champetier dans le vagin ; il est extrait avec facilité. Les contractions ayant été très fréquentes toute l'après-midi sans amener la moindre progression de la tête et sans faire avancer la dilatation, il est décidé de pratiquer la symphyséotomie et de laisser la dilatation se compléter après. Anesthésie.

A 7 h. 20, incision de la peau. Section de la symphyse. — 7 h. 27, écartement provoqué avec l'écarteur à cadran : 6 centim. On constate alors une descente notable de la tête. M. Wallich place une suture provisoire de la plaie. L'écarteur sensible marque 4 centim. On laisse la femme se réveiller et l'on attend deux heures.

A 9 h. un quart, les contractions, qui ont été fréquentes mais moins énergiques qu'avant l'opération, ont permis à la dilatation d'augmenter sinon de se compléter. A 9 h. et demie l'orifice est assez dilatable pour que Mlle Roze puisse faire une application de forceps dans l'excavation sur la tête placée en gauche transversale. La rotation et l'extraction se font facilement ; l'enfant crie aussitôt. Il s'écoule ensuite un liquide très fétide.

Délivrance artificielle. Toutes les manœuvres utérines ont été faites par Mlle Roze pendant que M. Wallich s'occupait de la plaie opératoire.

Poids de l'enfant, 3,120 gr.

Suites de couches normales. L'enfant pèse à sa sortie, le 5 août, 4,200 grammes.

Obs. **1490**. — XLVIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 13 septembre 1894 (Wallich).

La nommée Augustine A..., primipare, âgée de 22 ans, entre à la clinique le 11 septembre 1894, à 4 heures du soir. *Elle est envoyée par un médecin et une sage-femme de la banlieue qui lui ont donné des soins chez elle depuis le matin.*

Elle a une luxation coxo-fémorale droite congénitale et a commencé à marcher à 2 ans et demi.

Dernières règles le 10 décembre.

A son entrée, on constate une présentation du sommet en gauche

transversale, la tête maintenue très élevée débordant fortement du côté droit du grand bassin.

Les membranes sont rompues depuis le matin à 3 heures; le col est incomplètement effacé, les contractions sont assez fréquentes.

A 9 h. 30 du soir, le col est effacé; la dilatation grande comme 50 centim. *Température 38°,5.*

Le 12 septembre, à 10 heures du matin, la dilatation est grande comme une pièce de 2 francs. Le col est souple pendant les contractions, assez rares; la tête appuie mal sur le col. Il s'est déjà formé une bosse séro-sanguine volumineuse qui empêche d'observer la suture sagittale. Les battements du cœur fœtal sont bons. Le bassin est très asymétrique, atrophié du côté droit (côté de la luxation), très aplati du côté gauche.

Diamètre P. S. P. 102 (pr.-p. 86mm, à l'autopsie).

A 5 heures du soir, température 38°,5, pouls à 100. Dilatation comme une pièce de 5 francs. Contractions utérines très espacées. Battements du cœur du fœtus normaux. Il est décidé d'attendre.

Pendant la nuit, contractions rares.

13 septembre matin, température normale, pouls idem. La dilatation n'a pas fait de progrès. Contractions rares pendant toute la journée.

5 heures du soir, température 38°,1, 100 pulsations. Toujours la même dilatation. M. Varnier décide de faire la symphyséotomie afin d'aider à la dilatation.

A 6 heures, chloroforme. M. Varnier pratique le toucher manuel et constate que la dilatation est un peu plus grande que 5 francs. Bords rigides pendant la contraction. Tête très élevée, appuyant mal, retenue par le bassin. En introduisant les doigts, pour explorer le segment inférieur, la tête se soulève un peu et il sort une purée infecte à odeur de putréfaction fœtale. Jusque-là on n'avait rien senti et rien ne s'écoulait.

Il est décidé qu'il y aura deux opérateurs, l'un pour la symphyséotomie, l'autre pour les manœuvres utérines afin de ne pas transporter dans la plaie symphysienne l'infection manifeste du vagin et de l'utérus.

A 6 h. 25 du soir, M. Wallich, qui n'a pas touché la femme, pratique la symphyséotomie et provoque un écartement de 5 centim. Aussitôt la tête s'amorce et appuie mieux sur le col. On ne peut songer à terminer l'accouchement vu l'insuffisance de la dilatation

et l'absence de dilatabilité de l'orifice. Deux points de suture provisoire ferment la plaie qui contient une éponge aseptique et l'écarteur sensible qui marque 3 centimètres et demi. Toilette vaginale et l'on attend les contractions. La femme est réveillée et maintenue en position obstétricale par deux aides. Les bruits du cœur fœtal sont normaux.

8 heures et demie du soir. La femme dort épuisée. La dilatation n'a fait aucun progrès ; même résistance des bords de l'orifice. Contractions nulles. Bruits du cœur normaux.

Minuit. Toujours pas de contractions. Même dilatation. Œdème de la vulve et du périnée. Température, 37°,2. Pouls 88. On place l'écarteur Tarnier.

14 septembre, 1 h. 15 du matin. Même état. On retire l'écarteur Tarnier. Il est décidé de laisser la femme prendre un peu de repos. On retire également l'écarteur symphysien. On allonge les jambes et on les rapproche. On place un troisième point de suture pro visoire. La femme s'endort. Aucune contraction utérine.

A 6 heures du matin, la dilatation n'est pas plus grande qu'une petite paume de main, *mais les bords sont dilatables*. M. Varnier applique le forceps. La branche gauche est placée la première en arrière; la branche droite est introduite sans difficulté et ramenée en avant. On enlève les points de suture provisoires et on place entre les pubis l'écarteur sensible qui marque 4 centim. On commence l'extraction qui est gênée par le col incomplètement dilaté, mais qui se dilate peu à peu sous l'influence des tractions. La tête franchit l'orifice. On rapproche les cuisses et on presse sur les trochanters. La tête est extraite, puis les épaules sans difficultés trop grandes, sans déchirure périnéale. L'écarteur n'a pas marqué plus de 4 centim. *Aucune communication entre la plaie symphysienne et le vagin.*

Aussitôt après, injection vaginale, puis délivrance artificielle par M. Varnier. Injection intra-utérine et raclage digital de la cavité utérine. Ce raclage est continué avec la curette promenée doucement pendant l'injection intra-utérine. Tamponnement utérin à la gaze iodoformée. Deux points de suture profonds et trois superficiels par M. Wallich.

Le troisième jour, température 38°,3. Injection intra-utérine.

Le 17. Curettage par M. Wallich. Temp. 38°,8 matin, le soir 39°,3.

Le 18. Irrigation continue. Temp., matin et soir, 39°,4.

Le 19 au matin, la température restant élevée, 40°,2, M. Varnier fait sauter les points de suture bien qu'extérieurement la plaie semble réunie et en bon état. Il s'écoule du pus de la plaie (environ un verre à Bordeaux). L'exploration digitale permet de trouver et d'extraire quelques caillots putrides. Injection dans la plaie. Drain. Pansement fait plusieurs fois par jour. Température, 40°.

M. Hartmann, chirurgien des hôpitaux, appelé en consultation par M. Varnier, examine la femme, constate un trajet de décollement du volume et de la longueur du doigt, mais nulle part de collection à drainer ; le débridement est suffisant. Injections au biiodure. Pansement humide. La température reste très élevée, la suppuration est abondante. L'écoulement vaginal infect.

La femme meurt le 23, à 5 heures du matin.

L'enfant a été extrait vivant. C'est une fille du poids de 3,170 gr., ayant un diamètre bi-pariétal de 92. Elle est nourrie au sein par une nourrice, emmenée par la famille le 1er octobre, pesant 3,350 gr.

L'autopsie a montré que la femme a succombé à la septicémie généralisée. — L'examen de la plaie opératoire n'a rien révélé de plus que ce qui avait été noté pendant la vie. Péritoine sain. La description de la pièce sera donnée ultérieurement, en même temps que celle du bassin spondylolisthésique.

OBS. **1505**. — XLVIIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 16 septembre 1894 (VARNIER).

La nommée Marie L..., IXpare, âgée de 34 ans, entre à la salle de travail le 15 septembre, à neuf heures du soir.

Dilatation comme une pièce de 2 francs. Tête élevée : sommet D. T. ; membranes rompues depuis l'avant-veille ; liquide verdâtre ; bruits du cœur normaux. Bassin vicié D. P. S. P. 84 millim. Le premier accouchement, en 1883, s'est terminé par une céphalotripsie à la Maternité ; le deuxième accouchement par une céphalotripsie après forceps ; en 1885, accouchement provoqué à sept mois et une semaine, version et basiotripsie ; en 1886, accouchement provoqué à sept mois et demi ; version, enfant mort. *Trois avortements successifs*. En 1892, procidence du cordon, enfant mort, basiotripsie, délivrance artificielle. Poids de l'enfant sans substance cérébrale, 2,180 gr.

16 septembre à sept heures du matin, la dilatation est complète ; bosse séro-sanguine volumineuse, pas d'engagement, obliquité de

Nægele. A neuf heures du matin la tête n'a pas progressé. M. Varnier, prévenu, *pratique la symphyséotomie.*

10 heures 10. Chloroforme, cathétérisme vésical. — 10 heures 25. Incision de la peau. — 10 heures 30. Section de la symphyse terminée à 10 heures 35. On place l'écarteur à vis ; écartement artificiel, 65mm. Écarteur sensible, 55mm.

La tête descend à 10 heures 42 par expression. On engage la femme à pousser.

Expulsion du fœtus à 10 heures 45. Dégagement de la tête en transversale.

Garçon vivant, ranimé complètement à 11 heures, pesant 2,230 gr. et présentant sur le pariétal postérieur une eschare (promontoire) de la largeur d'une pièce de vingt sous, qui s'est détachée le 5e jour.

Délivrance artificielle à 10 heures 45 ; injection intra-utérine. Suture profonde et superficielle au fil d'argent.

Suites de couches normales. Partie en bon état, le 15 octobre. Enfant pesant 2,730 gr.

Il résulte de ces 22 observations :

1° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

13 fois chez des primipares ;
9 fois chez des multipares.

2° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

17 fois l'enfant se présentant par le sommet ;
2 fois — — par le siège ;
1 fois — — par l'épaule ;
1 fois — — par le sommet en variété frontale.
1 fois — — par la face.

3° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

20 fois sur des bassins viciés par le rachitisme ;
1 fois sur un bassin vicié par le rachitisme et par luxation coxo-fémorale unilatérale congénitale (obs. 1490, 47e symphyséotomie).
1 fois sur un bassin spondylolisthésique (27e symphyséotomie).

4° Que la symphyséotomie a été pratiquée *pour la*

deuxième fois chez la même femme (obs. 809, 42e symphyséotomie).

Examinons maintenant les causes de mortalité maternelle et de mortalité infantile.

a) Mortalité maternelle.

La première femme, morte le 24 décembre 1893 (obs. 1840), était chez nous depuis le 15 novembre. Nous avions diagnostiqué chez elle un bassin vicié par spondylolisthésis. L'opération fut aussi simple que possible, mais des symptômes d'obstruction intestinale se montrèrent le troisième jour et elle mourait le sixième. L'autopsie a montré la présence d'une mince bride fibreuse produisant une obstruction infranchissable au niveau de l'union de l'S iliaque et du rectum. La plaie était réunie par première intention.

La deuxième, morte le 7 juin 1894 (obs. 902), fut apportée de la ville après avoir subi quatre applications infructueuses de forceps. La température était de 38°,5 à son arrivée et il s'écoulait des organes génitaux un liquide infect. Morte de septicémie d'origine utérine quarante-huit heures après son entrée (1).

La troisième, morte le 23 septembre 1894 (obs. 1490), fut envoyée à la clinique par une sage-femme et un médecin qui lui avaient *donné des soins* pendant une journée. Elle avait à son arrivée les membranes rompues et avait subi de nombreux touchers au dehors. Le soir de son entrée elle avait 38°,5 de température et, avant son accouchement, le liquide amniotique était de couleur vert purée et d'odeur putride. L'opération ne produisit aucune lésion faisant communiquer le vagin avec la plaie opératoire pas plus que de lésion périnéale. Morte de septicémie avec suppuration de la plaie opératoire le 10e jour.

Donc, une mort par obstruction intestinale et deux morts par septicémie contractée avant l'arrivée dans le service.

---

(1) *Ann. de Gynécol.*, mai-juin 1894, p. 448.

b) **Mortalité infantile.**

L'enfant de la femme P... (obs. 53, 29e symphyséotomie) (1) né avec des battements du cœur, mais qui n'a pu être ranimé, présentait des fractures multiples des os du crâne, fractures produites par les applications de forceps faites en ville par un médecin, qui, au dire de la femme, exerça des tractions de minuit à deux heures du matin. Cause de la mort : fracture du crâne produite avant la symphyséotomie.

L'enfant de la femme Clara L... (obs. 609, 40e symphyséotomie) mourut pendant qu'on pratiquait la symphyséotomie. Cette femme n'avait point prévenu qu'elle fût en travail. Elle souffrait depuis quatre heures du matin sans avoir rien dit. Ce fut le hasard qui fit que la sage-femme en chef, allant au dortoir à midi, et constatant son état de souffrance l'examina et trouva une dilatation complète. Transportée immédiatement à la salle de travail, les membranes furent rompues. Le liquide ammiotique était vert et les battements du cœur irréguliers. Aussitôt on prépara cette femme pour pratiquer la symphyséotomie, mais, avant la section du bassin, les battements du cœur avaient cessé et malgré une extraction rapide et facile on ne put ranimer l'enfant. Cause de la mort : asphyxie par compression du cordon sans aucune lésion du crâne.

Vous ayant donné aussi succinctement que possible le résumé de ce nouveau contingent, je dois l'étudier en détail et rechercher :

1° *Quels accidents et complications se sont produits au moment de l'opération ou depuis ?*

2° *Quel est, à l'heure actuelle, l'état de santé de nos opérées ?*

3° *Ce que nous a appris cette troisième année d'apprentissage.*

La réponse à la première question est très simple et la voici : *Nous n'avons observé dans ces 22 nouvelles observations aucun accident ni aucune complication opératoires.*

(1) *Ann. de Gynéc.*, mai-juin 1894, p. 445.

La symphyse a été dans tous les cas rencontrée t lement même chez la femme ayant une luxation de la et un bassin asymétrique (47e symphyséotomie) et la eu a été pratiquée avec simplicité et sûreté.

Nous n'avons observé aucune hémorrhagie sérieu

Ces résultats, vous les observerez, vous les obtien(jours en suivant à la lettre le manuel opératoire q devons à M. Farabeuf. Vous le trouverez décrit m sement dans mon rapport sur l'agrandissement moı du bassin (1). Les lumineuses figures de notre maît trent ce qu'on doit couper et comment on peut facile sûrement le couper.

Aussi suis-je à me demander encore quelle peut bie été la source des hémorrhagies observées par certai rateurs en pratiquant la symphyséotomie ; je suis t posé à croire qu'il y a eu dans ces cas bien plut anomalie opératoire qu'une anomalie vasculaire.

Il en est de même des lésions des parties molles pr par l'extraction de l'enfant après symphyséotomie pr chez des primipares, lésions qui sont la terreur de qu accoucheurs. Nous avons agrandi le bassin, cette anné 13 primipares et nous n'avons observé aucune lésion sé Il est vrai que nous avons toujours dilaté préalablen vagin et la vulve avec le ballon Champetier (maı préopératoire que je ne saurais trop vous recomman que nous avons toujours pris la précaution, indiqu Varnier, de faire refermer le bassin quand la tête e gagée.

Du reste, il est probable que les accoucheurs qui red ces lésions ont une tournure d'esprit qui les porte à ex ce qu'ils observent et aussi ce qu'ont observé les autr j'ai appris dernièrement, en lisant un travail d'un de m lègues, que j'avais eu chez mes opérées *trois déchiru vagin !* Si celles qu'il a observées chez ses opérées é

(1) *Ann. de Gynécol.* mai-juin 1894, p. 431 et suiv.

semblables à celles des miennes, je suis tranquille sur leur sort. Il n'a pas eu de suture à pratiquer.

Si l'année dernière nous avions constaté chez une de nos opérées (obs. 26, n° 1656) une fistule vésico-vaginale et chez une autre (obs. 19, n° 410) une incontinence d'urine prolongée sans aucune lésion de l'appareil urinaire, cette année nous n'avons rien de semblable.

Quel est, à l'heure actuelle, l'état de nos opérées ?

Vous venez de les voir pour la plupart et vous avez pu vous rendre compte de leur état général aussi bien que de leur état local.

Toutes ont repris leur vie antérieure et dans les mêmes conditions.

Vous en avez vu plusieurs qui offrent un intérêt particulier. D'abord il en est deux qui après avoir été symphyséotomisées sont redevenues enceintes. L'une, le n° 10, opérée le 1er octobre 1892, eut une nouvelle grossesse et revint accoucher prématurément et spontanément le 3 octobre 1893 d'un enfant vivant du poids de 3,250 gr. et offrant un diamètre bi-pariétal de 83mm. Vous venez de la voir; elle a perdu son dernier enfant à 2 mois, mais le premier se porte à merveille et est un très bel enfant. L'autre (le n° 42 obs. 809) est celle chez laquelle j'avais en 1892 combiné l'accouchement provoqué et la symphyséotomie, ce qui ne fut point un mariage de raison, car l'enfant mourut de faiblesse congénitale trois jours après sa naissance. Devenue enceinte, je la laissai aller à terme et je pratiquai chez elle une deuxième symphyséotomie, avec un succès complet, car à l'heure actuelle, comme vous avez pu le voir, la mère et l'enfant se portent bien.

Chez ces deux femmes la grossesse, survenant après la symphyséotomie, n'a déterminé aucun trouble ni dans la station, ni dans la marche. Vous venez d'en voir trois autres, symphyséotomisées depuis plus ou moins longtemps et qui sont enceintes. Et chez aucune la solidité du bassin n'est compromise.

Aussi les accoucheurs qui demandaient et demandent encore

ce que deviennent, au point de vue de la marche, les fe
chez qui on a agrandi le bassin, peuvent être rassurés
venez d'en voir qui sont opérées depuis bientôt trois
qui se livrent sans fatigue aux travaux les plus pén
vous en avez vu également qui sont enceintes et qui
nuent à vaquer à leurs occupations habituelles ; et je v
montré celle qui avait été symphyséotomisée deux fois
marche et travaille aussi facilement qu'avant ces
opérations.

Cette question est donc jugée, et la non consolidat
la symphyse, entraînant l'impotence, peut être cons
comme une crainte chimérique, après la symphysé
bien faite.

J'arrive enfin à la troisième question : *Que nous a*
notre troisième année d'apprentissage ?

Je vous ai déjà dit que cette année avait confirmé l
plicite, la sûreté et l'innocuité du manuel opératoi
M. Farabeuf et je n'ai plus à insister sur ce point.

Mais nous avons pratiqué cette année la symphysé
dans des conditions particulières. D'abord, au po
vue des présentations, j'ai à noter l'agrandissement m
tané du bassin pratiqué pour une présentation du
met en variété frontale, pour une présentation de l
pour deux présentations du siège et une présentati
l'épaule qui n'avaient pu être transformées en présen
du sommet pendant la grossesse. Toutes ces interve
ont été suivies d'un plein succès.

De plus, si jusque-là nous avions pratiqué la secti
bassin à la dilatation complète, nous avons fait cette
la symphyséotomie dans deux cas au cours de la dilat
afin de favoriser et de hâter cette dernière. C'est là un
velle indication du moment de l'intervention.

Enfin, en pratiquant la symphyséotomie pour la deu
fois chez la même femme, j'ai pu voir que si l'opération
pas plus difficile, il est cependant nécessaire de secti

tous les tissus fibreux de nature cicatricielle pour obtenir l'écartement nécessaire.

Messieurs, tel est notre bilan en ce qui concerne la question de l'agrandissement momentané du bassin. Si je l'ajoute aux deux autres fournis par les années 1892 et 1893, je puis alors donner le tableau ci-dessous :

	13 agrandissements momentanés du bassin	en	1892
	14 —	—	1893
	22 —	—	1894
Total,	49		

Avec les résultats ci-dessous :

45 femmes guéries,	4 mortes.
44 enfants vivants,	5 morts.

Ce résultat brut ne permet de formuler aucune appréciation juste et raisonnée sur l'agrandissement momentané du bassin. Il est absolument nécessaire d'envisager les conditions dans lesquelles l'opération a été pratiquée, afin de dégager nettement *ce qui appartient à l'opération.*

Pour cela, il est nécessaire, ici comme ailleurs, d'établir les catégories suivantes :

I. — Femmes exclusivement examinées et soignées à la Clinique Baudelocque.

1° *Agrandissement momentané du bassin complet, les enfants étant à terme et bien portants.* — 37 cas ayant donné les résultats ci-dessous :

Femmes guéries, 36	Enfants vivants, 37
— morte, 1	— morts, 0
(d'obstruction intestinale)	

2° *Agrandissement momentané du bassin incomplet, l'enfant étant à terme.* — 1 cas :

1 femme guérie, 1 enfant mort seize heures après sa naissance (13° symphyséotomie) (1).

3° *Agrandissement momentané du bassin complet combiné avec l'accouchement provoqué.* — 4 cas :

Femmes guéries, 4	Enfants vivants, 3
— mortes, 0	— mort, 1, le 2° jour (4° symphyséotomie) (2).

4° *Agrandissement momentané du bassin incomplet combiné avec l'accouchement provoqué :* — 1 cas :

1 femme guérie, 1 enfant mort trois jours après sa naissance (1re symphyséotomie) (3).

5° *Agrandissement momentané du bassin complet, l'enfant étant à terme mais mourant.* — 1 cas :

1 femme guérie, 1 enfant mort (40° symphyséotomie).

Total, 44 cas, donnant :

Femmes guéries, 43	Enfants vivants, 40
— morte, 1	— morts, 4
44	44

(1) *Ann. de Gynécol.*, t. XXXVIII, p. 449.

(2) *Ibid.*, p. 438.

(3) *Ann. de Gynéc.*, t. XXXVIII, p. 433.

II. — **Femmes ayant subi des examens ou des opérations avant leur entrée à la Clinique Baudelocque.** — 5 cas, ayant donné les résultats ci-dessous :

Femmes guéries, 2	Enfants vivants, 4
— mortes, 3 (1)	— mort, 1 (2)

D'aucuns trouveront peut-être que je fais dire à nos chiffres ce que je veux. Je proclame, au contraire, que cette statistique est aussi précise qu'éloquente et fertile en enseignements. Elle nous démontre d'une manière absolue :

1° Que la symphyséotomie incomplète doit être rejetée ;

2° Que la combinaison de l'accouchement provoqué et de la symphyséotomie n'est pas la meilleure de toutes les choses.

Elle démontre surtout, et c'est là ma conclusion finale :

3° *Que l'agrandissement momentané du bassin complet pratiqué chez des femmes saines, les enfants étant à terme et bien portants, n'a causé la mort ni d'une femme ni d'un enfant.*

Vous voyez donc ce que vous avez à faire dans l'avenir.

Messieurs, il reste une question à discuter ou plutôt à étudier.

Cette question est la suivante : Doit-on sectionner le bassin quand, l'enfant étant encore vivant, une femme est déjà infectée ? Ce n'est plus là, je vous le ferai remarquer, une question de thérapeutique des viciations pelviennes.

J'ai pratiqué cinq fois la section du bassin dans ces conditions et vous avez vu que j'ai eu comme résultats 3 femmes mortes, 2 femmes guéries, 4 enfants vivants et 1 mort. Si j'avais pratiqué la basiotripsie, aurais-je sauvé ces trois

(1) 20e, 44e et 47e symphyséotomies.

(2) 29e symphyséotomie.

femmes? J'en doute, étant donnés les résultats que j'obtenais dans des cas semblables quand j'avais recours à l'embryotomie.

Vaudrait-il mieux, dans ces cas, pratiquer l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique? C'est ce que l'avenir démontrera; car, je le répète, c'est là une question qui, à mon avis, n'est pas résolue.

Tout ce que je viens de vous exposer ne se rapporte qu'au bilan spécial de l'agrandissement momentané du bassin, mais n'est point notre bilan général qui doit être établi d'après les préceptes que j'ai formulés au début de cette leçon. C'est ce que je vais faire pour terminer.

Je n'ai rencontré dans l'année qu'un seul cas de bassin à étroitesse absolue et j'ai pratiqué à terme l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, avec un succès complet pour la mère et l'enfant.

Si j'ajoute aux 22 symphyséotomies, 6 basiotripsies pratiquées sur des enfants morts et une application du levier préhenseur-mensurateur, vous aurez le total des opérations pratiquées à la Clinique Baudelocque du 7 décembre 1893 au 7 décembre 1894, chez des femmes ayant le bassin vicié.

Ces femmes sont au nombre de 94 et le tableau ci-contre vous rendra compte de la physionomie de tous ces accouchements, de l'état des mères et du poids des enfants.

Le résultat brut est le suivant:

Mères vivantes,	91	Enfants vivants,	86
— mortes,	3	— morts,	8

Comparant ces résultats avec ceux observés en 1891 année pendant laquelle le nombre total des accouchements a été de 1,654 alors que cette année il a été de 2,147, j'ai les deux tableaux ci-dessous.

Année 1891.		Année 1894.	
1,654 ACCOUCHEMENTS		2,147 ACCOUCHEMENTS	
Bassins viciés, 140.		*Bassins viciés, 94* (1).	
Accouchements spontanés......	81	Accouchements spontanés......	64
Accouchements artificiels.......	59	Accouchements artificiels.......	30
Comprenant :		Comprenant :	
Accouchements provoqués......	33	Accouchements provoqués......	0
Forceps au détroit supérieur....	9	Forceps au détroit supérieur....	0
Forceps dits dans l'excavation..	12	Forceps dits dans l'excavation..	0
Version......................	0	Version......................	0
Basiotripsies.................	3	Basiotripsies.................	6
Opérations césariennes conserv.	2	Opérations de Porro...........	1
		Symphyséotomies..............	22
		Mensurateur-levier-préhenseur...	1

Résultats bruts.

Mères mortes. 4 = 2,85 0/0	Mères mortes.. 3 = 3,2 0/0
Enfants morts 31 = 22,1 0/0	Enfants morts. 8 = 8,5 0/0

Si l'on remarque que sur les huit enfants morts, cinq avaient été amenés morts dans notre service, qu'un autre est mort à la suite de fractures du crâne résultant d'applications de forceps faites en ville, nous avons en résumé, sur les quatre-vingt-huit femmes ayant des enfants vivants et bien vivants lors de leur entrée dans le service, quatre-vingt-six ayant eu des enfants vivants. Nous avons perdu deux enfants dans quatre-vingt-huit rétrécissements du bassin.

J'attends une statistique donnant des résultats supérieurs à ce que j'ai obtenu, pour modifier ma manière de faire.

En attendant, je poursuivrai avec passion l'étude de cette grande question de la thérapeutique des viciations pelviennes; et tout en cherchant à réaliser l'idéal de Levret, je ferai tous mes efforts pour faire naître les enfants à terme et avec le minimum de traumatisme possible.

(1) La statistique des bassins viciés en 1894, ne comprend que les bassins ayant moins de 10 centimètres de promonto-pubien minimum, tandis qu'en 1891, elle comprend en plus les bassins à promontoire « accessible ».

Rétrécissements du bassin,

N°s D'ORDRE	N°s DU REGISTRE	MOIS	JOUR	A. — *Multipares.* ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	
		1893					
1	1808	Déc.	13	1 accouch. spont. à terme. Enf. viv	Trav. : 8 h. 40	»	
2	1840	*Id.*	18	3 accouch. ant. Enf. tous nés morts.	»	Symphyséotomie	
		1894					
3	2	Janv.	1	1 acc. ant. prom. s. p. à 8 mois. Enf. viv.	Trav. : 7 h. 40	»	
4	11	*Id.*	3	1 accouch. ant. spont., mais long, à terme. Enf. mort 2 h. après.	»	Symphyséotomie	
5	25	*Id.*	5	1 accouch. provoqué. Enf. m. 3 h. après (cl. Baud. 1506 de 1891).	Trav. : 7 h. 25	»	
6	28	*Id.*	6	1 acc. sp. à terme. Enf. viv. (401 de 1891)	Trav. : 17 h.	»	
7	40	*Id.*	8	»	»	»	T
8	51	*Id.*	10	2 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 22 h.	Nombreuses applications de forceps en ville.	
8 bis	53	*Id.*	10	5 accouch. ant. Enf. morts.........	Trav. : 28 h.	Symphyséotomie	
9	118	*Id.*	22	1 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 15 h.	»	
10	135	*Id.*	25	3 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 7 h. 30	»	
11	148	*Id.*	26	2 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 12 h. 30	»	
12	158	*Id.*	29	2 acc. sp. à terme : 1er enf. mort à 10 jours ; 2e enf. mort à 10 mois.	Trav. : 6 h. 30	»	
13	169	*Id.*	30	2 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 6 h.	»	
14	170	*Id.*	30	»	»	»	Tr
15	172	*Id.*	30	1 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 11 h. 30	»	
16	191	Févr.	3	»	»	»	Tr
17	205	*Id.*	5	2 accouch. : 1er forceps ; 2e spontané ; enf. vivants.	Trav. : 14 h.	»	
18	208	*Id.*	6	»	»	»	Tr
19	236	*Id.*	10	»	»	»	Tr
20	241	*Id.*	11	»	»	»	Tr
21	252	*Id.*	12	4 acc. 1er, 3e et 4e sp. à terme ; 2e forceps. Enf. : 3 viv. 1 m.	»	Entrée à 11 h. 45 du soir le 12 février. — Procidence du cordon. Enf. mort à 11 h. 30. Basiotripsie à midi le 13	
22	261	*Id.*	15	2 accouch. spont. avant terme.	Trav. : 7 h. 20	»	
23	274	*Id.*	18	»	»	»	Tra

écembre 1893 jusqu'au 7 décembre 1894.

...tres.	C. — *Considérations communes aux deux.*									
Accouchements artificiels	Viciations pelviennes		Poids de l'enfant			État à la sortie				Observations
	Diamètre prom. s. pub.	Diam. bi-pariétal	à la naissance	à la sortie		De la mère		De l'enfant		
						Bien portte	Morte	Vivant	Mort	
»	10.1 bass.annelé	9-7	2880	3350	22 déc.	»	»	Viv.	»	Femme du dehors.
»	Bassin spondylolisthésique	9-3	3020	3150	27 —	»	M. le 5e jr d'obstr. intestinale	Viv.	»	F. entrée au dortoir depuis le 18 novembre.
»	Bass. canaliculé 11	9-4	3190	3200	3 janv.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	9.9	9-3	3220	3480	6 fév.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir depuis le 6 décembre.
»	9.8	9-1	2800	3190	23 janv.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 28 novembre.
»	10.7	9-6	3410	3720	19 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 27 septembre.
»	10.3	8-6	2880	3090	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 5 janvier.
»	Angle accessible	9-1	3300	3540	25 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 27 décembre.
»	9.7	9-7	3820	»	»	B.p.	»	»	Mort	F. du dehors.
»	10 B. asymétrique	8-2	3250	3200	2 fév.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 7 décembre.
»	10	9	2950	3310	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10.4	9-3	2870	3260	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10 bass.annelé	9-1	3310	3410	7 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 23 janvier.
»	Angle accessible	9-6	4050	3960	9 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	*Id.*	9	2300	2570	9 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	*Id.*	9-6	3870	3325	»	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 30 novembre.
»	10.6	8-7	2870	2950	13 fév.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 9 janvier.
»	Angle accessible	9-8	3840	4020	14 —	B p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 30 janvier.
»	*Id.*	8-5	2990	2960	14 —	B.p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.
Symphyséotomie	10	9	2830	3500	10 mars	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 30 janvier.
Id.	10 bass.annelé	9-5	3570	3850	17 —	B.p	»	Viv.	»	F. venant du dehors.
»	10.4 bass.oblique ov.	»	2980	»	»	B.p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.
»	10.7 bass. canaliculé	9-1	3240	3060	24 fév.	B.p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.
Symphyséotomie	10.4	9	3080	3370	13 mars	B.p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.

Nos D'ORDRE	Nos DU REGISTRE	MOIS	JOUR	A. — *Multipares.*		
				ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIEL
24	276	Fév.	18	1 acc. ant. : Forceps en ville et basiotripsie à la maternité.	8 h. 30	Symphyséoton
25	280	*Id.*	18	»	»	»
26	295	*Id.*	21	»	»	»
27	301	*Id.*	23	6 accouch. spontanés à terme.......	4 h. 10	»
28	334	*Id.*	28	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	37 h.	Femme arrivée a rupture des m branes et 38° Enf. mort av la dilatation c plète.— Bas tripsie.
29	341	Mars	1	»	»	»
30	343	*Id.*	2	»	»	»
31	357	*Id.*	4	»	»	»
32	378	*Id.*	8	2 acc. : 1er spont. après 20 h. de trav. enfant vivant; 2e forceps, enfant mort.	3 h. 30	Symphyséotomi
33	413	*Id.*	14	»	»	»
34	527	Avril	3	2 accouch. spont. Enf. vivants	17 h.	»
35	528	*Id.*	4	»	»	»
36	540	*Id.*	6	1 accouch. forceps. Enf. vivant.....	21 h.	»
37	571	*Id.*	11	»	»	»
38	584	*Id.*	12	»	»	»
39	609	*Id.*	17	»	»	»
40	620	*Id.*	19	4 accouch. spont. Enf. vivants	»	»
41	624	*Id.*	20	»	»	»
42	662	*Id.*	26	1 accouch. spont. à terme..........	5 h.	»
43	665	*Id.*	27	3 accouch. : 1er forceps 8 m. 1/2 ? Enf. viv.; 2e et 3e spont. à terme. Enf. viv.	12 h.	»
44	738	Mai	8	2 acc. à terme terminés par 2 céphalotripsies.	9 h.	Symphyséotomi
45	742	*Id.*	9	3 acc. spont. à terme. Enf. vivants.	4 h. 30	»
46	772	*Id.*	15	»	»	»

…r-r.	C. — *Considérations communes aux deux.*									
	…TIGATIONS PELVIENNES		POIDS DE L'ENFANT			ÉTAT A LA SORTIE				OBSERVATIONS
…ACCOUCHE-MENTS …ARTIFICIELS	Diamètre prom. s. pub.	Diam. bi-pariétal	à la naissance	à la sortie		De la mère		De l'enfant		
						Bien portte	Morte	Vivant	Mort	
»	10.1	9-7	3400	3590	14 mars	B.p.	»	Viv.	»	Au dortoir depuis 5 jours.
»	10.5	9-1	3650	3770	27 fév.	B.p.	»	Viv.	»	Au dort. depuis le 13 fév.
…mphyséotomie pour …ée frontale.	10.8 scolio-cyphose	10-8	3590	»	»	B.p.	»	»	M. 1 mois après d'accident	F. du dortoir. Syphilis ?
»	10.3	8-8	2820	2750	7 mars	B.p.	»	Viv.	»	Entrée au dort. le 13 janv.
»	Mesure perdue	»	3100 sans subst^ce^ cérébr.	»	»	B.p.	»	»	Mort	F. arrivée en travail.
»	10.4 angle bas	8-5	3220	3170	10 mars	B.p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.
…mphyséotomie …la dilatation …nne 2 fr.	10.2	9	3380	3370	9 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir, 25 février.
…mphyséotomie	10	8-7	2920	3980	13 avril	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
»	9.7 angle bas	10-1	3660	4450	10 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	Angle accessible	9	3210	3100	le 15 mars envoyé en nourrice	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	Bas = 11c avec faux promont. de 10.5	9-7	3130	3320	12 avril	B.p.	»	Viv.	»	Entrée au dort. le 27 mars.
»	10.5	9-1	3050	2910	15 —	B.p.	»	Viv.	»	Entrée au dort. le 9 fév.
»	10.5	9-3	4050	4540	14 —	B.p.	»	Viv.	»	Entrée le 4 ; acc. le 6.
…mphyséotomie	10.3	9	2870	3160	25 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	9 bass. canaliculé	9-9	3320	4300	26 —	B.p.	»	Viv.	»	Entrée le 23 fév.; acc. le 12 avril.
Id.	10.8	9-3	2950	»	»	B.p.	»	»	Mort	F. du dortoir non surveillée, ayant dissimulé ses douleurs.
»	10	9-7	3560	3750	28 avril	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10	8-8	2610	2550	28 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.8	9-4	3330	3340	6 mai	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	Angle accessible	9	3050	3230	5 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	9.5	9	3340	3620	8 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 1er mai ; acc. le 8.
»	10.5	9	2840	2870	18 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10.6	9-5	3430	3800	12 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 5 avril ; acc. 15 mai.

N° D'ORDRE	N° DU REGISTRE	MOIS	JOUR	A. — *Multipares*		
				ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIEL[S]
47	775	*Mai*	15	»	»	»
48	796	*Id.*	18	1 acc. à terme : Forceps après 48 h. de trav. Enf. vivant.	14 h. 30	»
49	809	*Id.*	19	4 acc. : 1er acc. (embryotomie). 2e acc. provoqué (version). 3e acc. provoqué 8 m. (basiotripsie). 4e acc. prov. (symphyséotomie). Enf. m. le 3e jour.	10 h. 45	IIe Symphyséo[tomie]
50	818	*Id.*	21	1 acc. 8 mois. Enf. mort et macéré.	12 h. 25	»
51	826	*Id.*	23	»	»	»
52	843	*Id.*	26	»	»	»
53	853	*Id.*	27	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	10 h. 35	»
54	891	*Juin*	3	1 acc. prémat. spont. à 8 mois. Enf. mort à 15 jours.	(siège) 6 h. 30	»
55	901	*Id.*	5	1 accouch. Basiotripsie............	»	Symphyséotomi[e]
56	902	*Id.*	5	1 acc. à terme. Forceps. Enf. vivant.	16 h.	Symphyséotomi[e]
57	942	*Id.*	13	4 gross. : 1re, avortement. 2e, acc. prov. 8 mois (basiotripsie). 3e, avort. de 3 mois. 4e acc. à terme. Enf. m. (basiotripsie).	»	Amputation utéi[ro-]ovarique (Porr[o])
58	946	*Id.*	14	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant...	7 h.	»
59	954	*Id.*	15	»	»	»
60	979	*Id.*	20	»	»	»
61	1039	*Juill.*	1	1 acc. sp. prém. à 8 m. 1/2. Enf. viv.	1 h. 30	»
62	1056	*Id.*	3	»	»	»
63	1088	*Id.*	8	»	»	»
64	1095	*Id.*	11	»	»	»
65	1107	*Id.*	13	2 acc. spont. à terme. Enf. vivants.	6 h.	»
66	1146	*Id.*	20	»	»	»
67	1227	*Août*	1	1 accouch. provoqué. Enf. vivants...	6 h.	»
68	1238	*Id.*	3	2 acc. spont. 2 forceps. 4 enf. vivants.	16 h.	»
69	1260	*Id.*	7	»	»	»
70	1281	*Id.*	10	2 acc. 1er spont. à terme. Enf. vivant 2e Forceps. Enf. vivant.	»	Basiotripsie sur enfant mort avant l'entrée de la femme dans le servi[ce]

…es.	C. — *Considérations communes aux deux.*									
…	VICIATIONS PELVIENNES: Diamètre prom. s. pub.	Diam. bi-pariétal	POIDS DE L'ENFANT: à la naissance	à la sortie		ÉTAT A LA SORTIE: De la mère: Bien portte	Morte	De l'enfant: Vivant		OBSERVATIONS
»	11	9	3100	3270	26 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	Angle accessible	9-7	3050	3200	26 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	9.8	9	2710	3460	16 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée en travail.
»	Angle accessible	8-8	3200	3170	1 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 17 avril ; acc. le 21 mai.
(?)	9.8 bass. annelé	8	2290	2040	1 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 10 mai ; acc. le 23 mai.
»	10.5 bass. annelé	8-5	3150	3260	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 9 mai ; acc. le 26 mai.
»	9.9	9-4	3730	3800	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10.6	8-6	2150	2170	13 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.4	9-6	3580	4220	1 juill.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	?	9-8	3590	3350	9 juin	»	Mort	Viv.	»	*Id.*
»	?	10-5	4520	5230	3 juill.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
»	Angle accessible	9	3020	3030	19 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
…physéotomie	B. asymétrique 10.8	9	3310	3010	25 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
Siège	9.9	9	2590	2530	16 juill.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 24 mai ; acc. le 20 juin.
»	10.5	8-5	2650	2400	9 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	Angle accessible	8-5	2760	2850	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
…physéotomie	10.7	9-3	3820	4201	5 août	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10.1	7-8	1380	1279	17 juill.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	11	9-5	3820	4190	24 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.5	9	2830	3000	31 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.6	9-6	3500	8020	8 août	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
»	10.5	9-3	3270	3360	13 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	11	9-2	2500	2370	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
»	9.7	»	3870 s. substance cérébr.	»	»	B.p.	»	»	Mort	F. du dehors.

N° D'ORDRE	N° DU REGISTRE	MOIS	JOUR	A. — *Multipares.*			
				ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	AC
71	1313	*Id.*	14	1 acc. ant. Basiotripsie à la maternité.	18 h.	»	
72	1378	*Id.*	26	1 acc. (version). Enf. mort à 9 jours.	11 h.	»	
73	1426	Sept.	2	4 acc. Les 3 prem. forceps. Enfants morts. Le 4e, céphalotripsie.	48 h.	»	
74	1490	*Id.*	14	»	»	»	
75	1505	*Id.*	15	8 acc. 1er et 2e céphalotripsie. 3e acc. prov. Basiotripsie. 4e (version) enf. m. 5e, 6e et 7e avortement. 8e enf. mort (basiotripsie).	10 h. 45	Symphyséotomie.	
76	1514	*Id.*	17	1 acc. à terme spont. Enf. viv. Siège.	14 h.	»	
77	1572	*Id.*	27	1 acc. spontané à terme. Enf vivant.	3 h. 35	Face	
78	1592	*Id.*	30	»	»	»	
79	1599	Oct.	1	»	»	»	
80	1603	*Id.*	1	1 acc. spontané à terme. Enf. vivant.	9 h. 15	»	
81	1644	*Id.*	7	»	»	»	
82	1652	*Id.*	8	»	»	»	
83	1653	*Id.*	8	»	»	»	
84	1673	*Id.*	11	»	»	»	
85	1677	*Id.*	12	5 acc. spont. à terme. Enf. vivants.	11 h.	»	
86	1686	*Id.*	13	6 accouch. : 1er acc. artificiel; 2e prématuré; 4 acc. spont. à terme. 2 enfants vivants.	8 h.	»	
87	1695	*Id.*	14	1 acc. spontané à terme. Enf. vivant.	5 h. 50	»	
88	1720	*Id.*	19	»	»	»	
89	1807	Nov.	2	1 avortement de 6 mois...........	3 h. 15	»	
90	1827	*Id.*	5	4 acc. : 1er acc. spont. à terme. 2e, 3e et 4e forceps.	18 h. 30	Grossesse gémellaire.	1
91	1830	*Id.*	6	3 acc. : 1er embryotomie. 2e acc. sp. à terme. 3e mort pendant le travail.	»	»	
92	1842	*Id.*	7	1 acc. ant. Enf. né vivant...	24 h. 30	Basiotripsie sur enfant dont on ne perçoit plus les bruits du cœur.	
93	1899	*Id.*	19	1 acc. spontané à terme. Enf. vivant.	6 h.	»	

C. — *Considérations communes aux deux.*

Accouchements artificiels	Viciations pelviennes: Diamètre prom. s. pub.	Viciations pelviennes: Diam. bi-pariétal	Poids de l'enfant: à la naissance	Poids de l'enfant: à la sortie		État à la sortie: De la mère: Bien portante	État à la sortie: De la mère: Morte	État à la sortie: De l'enfant: Vivant	État à la sortie: De l'enfant: Mort	Observations
»	9.8	9-7	3050	3050	31 août	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	9.5	9-3	4020	3630	8 sept.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	9.1	8-1	2600	2590	12 —	B.p.	»	Viv.	»	F. au dortoir depuis le 23 août.
…symphyséotomie	10.3	9-2	3170	3330	1 oct.	»	Morte	Viv.	»	F. du dehors.
»	»	8-6	2230	2730	15 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	Angle accessible	9-5	3350	3120	20 sept.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10	9-5	3180	3120	6 oct.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
…pes sur enf… …tant en… …ns le service… …l. et ordon.	Angle accessible	»	2600	»	»	B.p.	»	»	Mort	*Id.*
»	9.8	8-7	2600	2730	9 oct.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.4	10	3890	4280	14 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.5	8-6	3300	3240	9 nov.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.5	8-5	2800	2920	19 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.4	9-1	2700	2750	18 oct.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dort. dep. le 20 sept.
»	11	8-7	2730	3080	21 —	B.p.	»	Viv.	»	Au dortoir le 5 septembre.
»	10.3	8-9	2840	3100	21 —	B.p.	»	Viv.	»	Au dortoir du 17 sept.
»	10.2	8-6	3550	3660	21 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10.5	9-8	3640	3700	24 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
…complète (…es fesses)	10.7	8-6	2590	2600	30 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 13 octobre.
»	10.8	9-2	3610	3720	13 nov.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 22 octobre.
… préhe… …sseur	10.7	9-1	2 jum. 3230	3250	14 nov.	B.p.	»	Viv.	»	Au dortoir le 1er novemb.
…pée sur tête… …pes… …les jam… …à mère, 6 h. …son entrée… …service.	?	»	3400	»	»	B.p.	»	»	Mort	F. du dehors.
»	10.1	»	2850 s. substance cérébr.	»	»	B.p.	»	»	Mort	Au dortoir du 7 novemb.
»	10.4	8-7	2470	»	»	»	»	»	»	F. du dehors.

Clinique obstétricale de Dresde. — Professeur G. Léopold.

ACCOUCHEMENT SPONTANÉ ET ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL DANS LES BASSINS RÉTRÉCIS (1)

Par **W. Franke.**

Le traitement opératoire des accouchements dans les bassins viciés a été exposé en détails dans plusieurs mémoires publiés en 1893 in *Arbeiten aus der kgl. Frauenklinik in Dresden*, t. I, Leipzig, 1893. On y a surtout établi les limites de chaque procédé opératoire pour les différents degrés de rétrécissement pelvien et apprécié toutes les méthodes usitées pour préparer et faciliter l'accouchement artificiel.

A chaque instant dans ces mémoires revient la maxime maîtresse de l'enseignement oral du professeur Léopold : « Il faut attendre la terminaison spontanée de l'accouchement aussi longtemps que cela est compatible avec le bien de la mère et de l'enfant et ne pas se laisser entraîner à une intervention précipitée. » Le bien fondé de cette recommandation a trouvé une nouvelle confirmation dans les résultats obtenus à la clinique à l'aide du colpeurynter employé comme adjuvant de l'accouchement spontané, et exposés dans le mémoire récent de Rosenthal (Enges Becken und Kolpeurynter. *Arch. f. Gynäk.*, t. XLV).

Il restait encore à étudier les accouchements qui, dans des bassins plus ou moins viciés, se sont terminés sans intervention opératoire et sans emploi du colpeurynter, à établir les conditions dans lesquelles on peut et on doit attendre une terminaison spontanée, à considérer enfin les résultats

(1) Traduit du tome II des *Arbeiten aus der königlichen Frauenklinik in Dresden* von professeur Dr G. Leopold. Gd. in-8°, Leipzig, S. Hirzel, 1895, p. 29 à 47. (H. V.)

obtenus dans ces accouchements spontanés en les comparant aux résultats des accouchements opératoires pendant le même laps de temps.

Pour cette étude, qui m'a été conseillée par mon chef M. Léopold et qu'il a dirigée, j'ai utilisé les 2,512 accouchements observés par nous du 1er janvier 1892 à la fin de juillet 1893.

Sur ces 2,512 accouchements il y en eut 610, soit 24,3 p. 100, compliqués de rétrécissement du bassin.

Ont été comptés comme rétrécis, suivant la classification de Litzmann, tous les bassins dont le conjugué vrai mesurait 95 millimètres et au-dessous. *Mais, comme une grande partie des femmes à bassin moyennement rétréci n'ont pas été examinées par le toucher vaginal, ou l'ont été à une période du travail où l'exploration interne du bassin et surtout la mensuration du conjugué vrai n'est plus possible à cause de l'engagement de la tête, on dut, dans toute cette catégorie, faire le diagnostic du rétrécissement par les mensurations externes.* Je dois faire remarquer à ce propos que, dans notre clinique, la mensuration des bassins est l'objet d'une attention toute spéciale : chaque bassin de femme grosse ou en travail est d'abord mesuré par l'externe chargé de la tenue du journal ; les bassins soupçonnés de rétrécissement sont, en outre, mesurés par l'assistant de la salle, et dans les cas difficiles par le professeur lui-même. Aussi peut-il arriver plutôt qu'on laisse échapper un bassin vicié que de voir un bassin normal inscrit à tort sur le journal comme vicié.

Ont été seuls, dans cette catégorie, considérés comme viciés, les bassins dont le conjugué externe mesurait moins de 18 centimètres. Dans les cas où le conjugué externe mesurait 18 et au-dessus le bassin n'a été considéré comme rétréci que quand les autres dimensions externes étaient considérablement raccourcies et laissaient *supposer* avec grande vraisemblance le rétrécissement d'un ou de plusieurs des diamètres internes.

La conclusion de nos observations est qu'environ *un quart* de nos parturientes avaient un bassin plus ou moins rétréci.

Cette proportion est certainement plus élevée que celle des autres cliniques (Spiegelberg donne 14 p. 100; Schwartz, à Göttingen, 20 p. 100; P. Müller 16 p. 100, à la clinique de Berlin).

Notre statistique diffère encore des autres au point de vue de la fréquence relative des différentes formes de bassins viciés. D'après les autres statistiques, en effet, le bassin aplati serait le plus commun. Or nous avons ici 361 bassins généralement rétrécis (59,2 p. 100) ; tandis que les bassins simplement aplatis (simples et rachitiques) sont seulement au nombre de 167 (27,4 p. 100).

Ainsi qu'on le voit par le tableau III ci-contre, les nombreux bassins rétrécis à un faible degré appartiennent surtout à la catégorie des généralement rétrécis ; nous devons en conclure que la fréquence des viciations pelviennes observées ici tient à l'accroissement du nombre des bassins généralement rétrécis.

Nos résultats concordent avec ceux de P. Müller qui, dans le canton de Berne, sur 188 bassins viciés dûment diagnostiqués, a trouvé 88 bassins généralement rétrécis, y compris les aplatis généralement rétrécis, soit 48,6 p. 100 ; ils se rapprochent aussi de ceux de Gönner, qui estime à 28 p. 100 le nombre des bassins généralement rétrécis et conclut que cette variété se rencontre plus fréquemment qu'on ne l'a cru jusqu'ici, ainsi que le montrera par la suite une plus exacte observation.

Des 610 accouchements compliqués de rétrécissement du bassin,

424 soit 69,5 0/0 se sont terminés spontanément.
140 — 22,95 0/0 — par des opérations.
46 — 7,53 0/0 — à l'aide du colpeurynter.

Ces 610 accouchements se répartissent comme suit entre les différentes catégories de bassins rétrécis.

	SPONTANÉS	ARTIFICIELS	COLPEURYNTER	TOTAL
Bassins généralement rétrécis ..	293	49	19	361
— aplatis..................	91	24	6	121
— aplatis rachitiques......	17	19	10	46
— aplatis, généralement rétrécis et rachitiques..	23	48	11	82
	424	140	46	610

Des 424 accouchements spontanés, il en est cependant qui ne peuvent servir à la comparaison que nous voulons faire parce que, vu la petitesse du fœtus, il ne peut être question de difficultés résultant du rétrécissement. Nous en retranchons donc 49 dans lesquels le poids de l'enfant était inférieur à 2,500 gr. ou sa longueur inférieure à 46 centimètres.

D'autre part, si nous voulons comparer les résultats pour la mère et l'enfant de l'accouchement spontané et de l'accouchement artificiel, nous devons retrancher des 140 accouchements artificiels 51 cas dans lesquels l'intervention a été nécessitée par des présentations vicieuses, des procidences ou autres complications de l'accouchement comme éclampsie, placenta prævia.

Ces cas retranchés, il va donc nous rester exclusivement pour l'étude ultérieure : *les présentations de la tête, sans autre complication que le rétrécissement du bassin, des enfants à terme ou de 2,500 gr. au moins.*

La répartition de ces 464 cas entre les différentes formes de viciation est donnée par le tableau suivant.

	SPONTANÉS	ARTIFICIELS	TOTAL
Bassins généralement rétrécis........	256	27	283
— aplatis	84	11	95
— aplatis rachitiques...........	16	14	30
— aplatis, généralement rétrécis.	19	37	56
	375	89	464

I. — Accouchements spontanés

Nous avons d'abord à nous demander quels degrés de rétrécissement sont à considérer à ce point de vue.

En dehors des nombreux cas dans lesquels le conjugué vrai n'a pas été mesuré, nous voyons que ce sont les rétrécissements légers et moyens qui sont en plus grand nombre ; mais nous voyons aussi que même dans des bassins de 70 mm. de conjugué vrai, c'est-à-dire jusqu'à la limite inférieure de la version et de l'extraction, des enfants vivants et bien développés sont nés spontanément.

Conjugué vrai	95 à 85mm	85 à 80mm	80 à 75mm	75 à 70mm	Non mesuré	Total
Bassins généralement rétrécis	23	9	6	1	217	256
— aplatis	4	12	10	—	58	84
— aplatis rachitiques...	—	3	7	—	6	16
— aplatis, généralement rétrécis	—	3	2	3	11	19
Total......	27	27	25	4	292	375

Le pronostic de l'accouchement dans les bassins viciés, en particulier le pronostic de l'accouchement spontané, dépendant essentiellement de la parité, nous envisagerons successivement à ce point de vue les primipares et les multipares.

a) *Primipares.*

La proportion des primipares par rapport aux multipares est établie par le tableau suivant eu égard aux différentes formes de rétrécissement pelvien.

	Primipares	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Multipares	Tot.
Bassins gént rétrécis.	142	59	26	16	6	3	1	2	1	114	256
— aplatis......	39	20	9	5	4	3	1	2	1	45	84
— — rachit..	4	4	3	1	3	—	—	—	1	12	16
— — généralement rétrécis.....	9	6	3	1	—	—	—	—	—	10	19
	194	89	41	23	13	6	2	4	3	181	375

Les multipares sont donc aux primipares comme 48 p. 100 est à 52 p. 100. Au contraire, pour les accouchements artificiels, nous trouvons seulement 32,8 p. 100 de primipares pour 61,8 p. 100 de multipares. Cela s'accorde avec ce fait bien connu, qu'une viciation importante du bassin n'est souvent reconnue qu'après le premier accouchement, pour lequel souvent la femme n'a pas eu recours à l'assistance d'un médecin.

Au point de vue des différentes formes de rétrécissement, il y a sur ces 194 primipares 73,3 p. 100 de bassins généralement rétrécis; 20 p. 100 de bassins simplement aplatis; 2,1 p. 100 d'aplatis rachitiques et 4,6 p. 100 de bassins aplatis généralement rétrécis. Quant au degré de la viciation, nous trouvons des bassins ayant 7 de conjugué vrai.

Outre la forme et le degré du rétrécissement, la terminaison spontanée de l'accouchement dépend avant tout du volume de l'enfant. En défalquant les prématurés, les 194 enfants de primipares avaient un poids moyen de 3,057 gr.; 26 (soit 13,3 p. 100) pesaient plus de 3,500, 1 au-dessus de 4,000 (4,080 gr.). Deux des mères ayant des enfants au-dessus de la moyenne avaient, l'une un bassin de 83 millim., l'autre un bassin de 90 millim. de conjugué vrai.

Dans tous les cas, l'accouchement eut lieu en présentation de l'occiput (Hinterhauptlage); les premières positions (occiput à gauche) furent aux secondes (occiput à droite) comme 2 : 4.

Pour ce qui est de l'attitude de la tête, dans 41 cas elle fut trouvée pendant le travail encore mobile dans le détroit supérieur ou au-dessus; il est d'ailleurs à supposer que, dans un grand nombre de cas qui se présentèrent à notre observation à une période tardive de l'accouchement avec une tête fixée, la présentation régulière s'était produite lors du travail. Dans les 41 cas ci-dessus, l'engagement profond de la tête fut suivi par l'examen externe; dans 14 cas seulement (soit 7,2 p. 100), on pratiqua l'exploration interne, mais jamais plus de trois fois. Cela mérite d'autant plus considération,

qu'en évitant les examens internes si souvent superflus, on influence certainement dans un sens favorable le pronostic de l'accouchement spontané.

Une autre condition favorable est que la plupart de nos parturientes étaient des femmes jeunes et vigoureuses. L'âge moyen a été 21 ans 10 mois. La plus jeune avait 15 ans; la plus âgée 36; 26 parturientes, soit 13,3 p. 100, avaient plus de 25 ans; 3 seulement, 30 ans et plus.

Enfin, il est à remarquer que dans tous ces cas, à peu d'exceptions près, nous trouvons noté dans notre journal que les douleurs étaient fortes ou très fortes.

Voyons maintenant la durée du travail. Si l'on retranche le temps de la délivrance, qui est en général d'une heure, du fait dela méthode d'expectation employée ici, on voit que la durée la plus courte fut de 1 heure 25 minutes, la plus longue, 65 heures.

Durée moyenne 18 heures, 17 minutes.

Ce chiffre correspond à peu près à celui qui est indiqué par la plupart des auteurs pour la durée moyenne de l'accouchement physiologique chez les primipares.

Chez 100 primipares à bassin vicié de notre clinique, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas, la durée du travail n'a pas dépassé 15 heures.

Chez 100 primipares à bassins normaux, de la même période, nous avons, comme durée moyenne du travail, 16 heures 5 minutes, c'est-à-dire 2 heures et demi environ de moins que pour les femmes à bassin vicié.

Par contre, Winckel dit que la durée du travail dans les bassins viciés en général est presque double de ce qu'elle est pour les bassins non viciés, et cela aussi bien chez les multipares que chez les primipares. D'après Spiegelberg, le rétrécissement du bassin retarde toujours l'accouchement, bien qu'on ne puisse établir une règle fixe à ce sujet et que la durée ne soit pas toujours proportionnelle à l'importance du rétrécissement. Osterloh a trouvé que chez les primipares surtout, le retard est notable sans qu'il y ait un rapport

direct entre le degré du rétrécissement et la durée du travail.

Nous pourrions donc conclure de nos observations que l'influence qu'exerce le rétrécissement du bassin sur la durée de l'accouchement est en général faible. En conséquence, on ne peut tirer de la seule prolongation du travail une indication à la terminaison artificielle de l'accouchement.

Quant à la façon dont la durée totale se répartit suivant les différentes périodes du travail, nous ne pouvons le dire exactement, car un grand nombre de nos accouchements, même lorsque le bassin est rétréci, se sont terminés sans exploration interne.

Ainsi 168 accouchements sur nos 375 spontanés, soit 44,8 p. 100, furent conduits exclusivement par l'examen externe. Dans un nombre égal de cas le toucher vaginal ne fut pratiqué qu'une fois; ce n'est que très rarement que plusieurs explorations internes furent nécessaires. Néanmoins nous nous écarterons peu de la vérité en admettant que la période d'expulsion a commencé avec la rupture des membranes. D'après cet a priori, qui bien entendu n'est pas juste pour tous les cas, la période d'expulsion a duré en moyenne, pour nos 194 accouchements de primipares, 5 heures 4 minutes. Si toutefois l'on retranche les cas de rupture prématurée, on arrive alors à 3 heures 17 minutes pour le temps écoulé depuis la rupture des membranes jusqu'à la terminaison de l'accouchement, ce qui est supérieur à la durée de la même période dans les cas où le bassin est normal.

Cette prolongation s'explique principalement par la fréquence plus grande des bassins généralement rétrécis; là, en effet, à la fatigue causée par la longue durée du travail s'ajoute encore l'obstacle mécanique qu'oppose à l'expulsion le détroit inférieur le plus souvent rétréci.

La rupture prématurée des membranes, avant le commencement ou au commencement du travail, a été notée chez nos primipares vingt et une fois. Elle n'a ni troublé ni

prolongé le travail qui, en moyenne, a duré 18 heures 27 minutes. Cette marche heureuse du travail, en opposition avec le mauvais pronostic de la rupture prématurée des membranes, s'explique par ce fait que dans ceux de ces cas où le rétrécissement était considérable, le colpeurynter fut toujours employé.

Examinons maintenant les résultats obtenus pour les mères et les enfants par l'expectation de l'accouchement naturel.

Sur nos 194 primipares, nous avons :

Mères. — 5 mortes après l'accouchement :
- 1 d'échinocoque du cerveau.
- 1 de thrombo-phlébite.
- 3 de péritonite septique liée à une endométrite.

Soit, en retranchant la première, 4 mortes sur 193 = 2 p. 100.

Cette mortalité maternelle relativement élevée ne dépend pas de l'influence exercée sur l'accouchement par le rétrécissement du bassin; elle est plutôt à rapporter à une période où la clinique se trouva lourdement chargée de femmes infectées provenant du dehors. Chez trois de ces femmes, la durée du travail n'a pas atteint le chiffre moyen; chez une seule il dura un jour et quatre heures. Chez aucune il n'y eut rupture prématurée des membranes permettant l'entrée de l'air dans la cavité utérine avant l'accouchement; aucune enfin n'avait eu à subir de fréquents examens internes. Ainsi donc le rétrécissement du bassin n'a pas été cause de la maladie à laquelle ces femmes ont succombé.

Quatorze furent malades et guérirent. Deux accouchées eurent de la fièvre par suite de maladies intercurrentes (angine, bronchite). Des douze autres (6,8 p. 100), une, d'ailleurs non touchée, sans lésions du vagin et du périnée, eut une double paramétrite (gonorrhée) et sortit guérie le trente-sixième jour; les onze restantes eurent seulement de légères ascensions de température qui furent passagères, la plupart liées à la rétention des membranes ou à des lochies fétides,

quelquefois même sans cause connue. Dans un seul cas on put établir une relation entre la fièvre et le rétrécissement du bassin ; dans ce cas, bien que l'accouchement n'eût duré que quatorze heures, il y avait une contusion de la portion vaginale du col et il se fit une nécrose partielle avec élévation de la température. L'enfant, qui pesait 3,400 grammes, avait une grosse bosse séro-sanguine et des escarres sur les deux pariétaux.

Des 194 *enfants* de primipares 4, soit 2,05 p. 100, naquirent profondément asphyxiés et moururent des suites immédiates de l'accouchement. Leurs mères avaient toutes des bassins généralement rétrécis et chez toutes la durée de l'accouchement avait été double de la normale ; chez une, l'accouchement avait duré un jour et 14 heures.

L'autopsie révéla comme cause de la mort, chez un enfant, des hémorrhagies intra-méningées, chez un autre de l'hyperhémie et de l'œdème du cerveau. Il est très douteux que ces enfants eussent pu être sauvés par la version prophylactique ou par une application de forceps faite au moment favorable. Le modelage de la tête par les forces naturelles ayant déjà eu une influence pernicieuse, il est à penser que la compression violente du crâne résultant de l'emploi du forceps ou de l'extraction manuelle aurait eu des conséquences plus graves encore. Selon toute vraisemblance, la section césarienne et la symphyséotomie eussent pu seules sauver la vie de l'enfant ; malgré toutes les conquêtes de la technique opératoire moderne la question est actuellement posée de savoir si c'eût été dans l'intérêt de la mère primipare.

En outre de ces 4 enfants morts, 4 naquirent sérieusement asphyxiés, mais ils ont survécu et sont sortis vivants avec leurs mères au bout de 9 ou 10 jours.

b) *Multipares.*

Si nous considérons maintenant les 181 multipares, nous voyons qu'ici encore les bassins généralement rétrécis

l'emportent sur les autres variétés, d'une façon moins frappante, il est vrai ; il y en a 114 sur 181, soit 62,98 p. 100.

45, soit 24,86 p. 100, sont des aplatis, et 10, soit 5,52 p. 100, des aplatis généralement rétrécis. Tous les degrés de rétrécissements sont représentés jusqu'à 70 millim. de conjugué vrai.

Poids moyen des enfants : 3,253 gr., soit 200 grammes de plus que chez les primipares; 46, soit 32,2 p. 100, pesaient au-dessus de 3,500 grammes dont 6 dépassaient 4,000.

L'accouchement eut lieu dans 179 cas en présentation de l'occiput, savoir 117 fois en première position du sommet et 62 en deuxième. Il y eut un accouchement spontané en face et front ; l'enfant mourut pendant le travail (syphilis) et pesait 2,480 grammes.

Dans beaucoup de cas le moment où la tête se fixa solidement n'a pu être déterminé, les multipares n'arrivant souvent à l'hôpital que longtemps après le début du travail, et même à la période d'expulsion. Chez les femmes qui ont pu être observées plus longtemps durant le travail ou avant son début, nous rencontrâmes, alors qu'il n'y eut pas rupture prématurée des membranes, les choses dans l'état suivant : deux fois déjà à la fin de la grossesse la tête était solidement fixée dans l'entrée du bassin, ce qui, on le sait, est une exception chez les multipares ; chez 63 femmes la tête s'est engagée dans le bassin avant la rupture des membranes ; chez 17 l'engagement coïncida avec cette rupture qui fut généralement suivie rapidement de l'expulsion ; dans 4 cas enfin, la régularisation de la présentation se fit attendre longtemps même après la rupture des membranes, la tête finit cependant par s'engager sous l'action des douleurs et l'accouchement se termina spontanément.

Comme on devait s'y attendre à priori, la durée du travail fut très variable suivant les cas ; elle oscilla entre 1 h. 20 minutes et 69 h. 40. Toutefois cette prolongation est exceptionnelle, car de nos 181 femmes 10 seulement, soit 5,52 p. 100, ont souffert plus de 30 heures, et 23, soit 12,71 p. 100,

plus de 20 heures. Par contre, dans 107 cas, soit 59,12 p. 100, l'accouchement dura moins de 10 heures. La durée moyenne, abstraction faite du temps de délivrance, fut de 11 h. 49 minutes, temps qui correspond presque exactement avec celui que fixent la plupart des auteurs à la durée du travail chez les multipares.

Ainsi, tandis que chez les primipares le rétrécissement du bassin augmente la durée du travail de 2 heures à 2 heures et demie, on ne trouve pas que chez les multipares le rétrécissement du canal osseux ait la même influence.

Pour apprécier la durée de la période d'expulsion, on a compté le temps écoulé entre la rupturo des membranes et l'accouchement. La moyenne ainsi obtenue est de 1 h. 14 minutes, abstraction faite des cas de rupture prématurée des membranes. Ce temps correspond aussi à la durée de la période d'expulsion dans les conditions normales.

Parmi nos 181 multipares, 36 (soit 19,89 p. 100 contre 10,82 p. 100 chez les primipares) eurent une rupture prématurée des membranes; et encore n'y a-t-il que très peu de ces cas où la poche s'est rompue avant le début ou au début même des douleurs. Si l'on compare cette proportion avec celle qu'indiquent Litzmann et Winckel, on doit penser que nous avons été favorisés. Litzmann, en effet, a noté la rupture prématurée des membranes dans 26 p. 100 et Winckel dans 42 p. 100 des bassins viciés.

Mais il faut remarquer que nous ne nous occupons ici que des accouchements ayant une marche normale, avec une présentation régulière, tandis qu'on sait que cette complication s'observe beaucoup plus fréquemment avec les présentations ou les attitudes vicieuses de l'enfant, ainsi que Winckel l'a nettement établi par ses statistiques.

Tandis que chez les primipares nous avions observé une prolongation insignifiante de la durée moyenne du travail par suite de la rupture prématurée des membranes, nous avons trouvé chez les multipares un raccourcissement sensible de cette même durée. Ainsi le travail ne dura que neuf

heures quarante-cinq minutes, c'est-à-dire deux heures de moins que chez les multipares à rétrécissement du bassin considérées en général. Winckel a observé le même fait, pour lequel on n'a pas actuellement d'explication satisfaisante. Eisenhart a fait la même constatation.

Avant de terminer nos considérations sur l'accouchement chez nos multipares, il reste à examiner une question de grande importance pour le pronostic de l'accouchement spontané : c'est la question des accouchements antérieurs.

Lorsqu'une femme a déjà mis au monde un enfant vivant de moyenne grosseur on pourra admettre, en général, qu'elle pourra ultérieurement accoucher sans intervention opératoire si on dirige habilement ou si l'on aide les forces naturelles et si une surveillance attentive de la marche du travail éloigne tout ce qui est capable de troubler le cours normal de l'accouchement. Malheureusement on n'y peut pas toujours réussir à cause des complications bien connues qui viennent assombrir le pronostic, complications auxquelles les multipares sont plus exposées, et parmi lesquelles la rupture prématurée des membranes joue un rôle si prépondérant. Malheureusement encore il arrive souvent que dans la pratique privée le médecin soit appelé beaucoup trop tard.

Si l'on étudie les antécédents de nos multipares on voit que 44 de ces femmes avaient eu des accouchements difficiles, c'est-à-dire de longue durée (au moins vingt-quatre heures) ou terminés artificiellement, savoir : 16 par forceps, 4 par version, 3 par perforation, et enfin 3 par extraction manuelle de l'enfant présentant le siège.

Les résultats pour les mères et les enfants sont, on devait s'y attendre à priori, meilleurs chez les multipares que chez les primipares.

La durée plus courte du travail et la production en général plus rare de lésions des parties molles sont particulièrement favorables à la mère; la durée plus courte de la période d'expulsion, à l'enfant.

Mères. — Nous n'avons perdu aucune de ces accouchées.

L'une d'elles dut être évacuée le neuvième jour sur un hôpital pour une pneumonie ; une autre eut une fièvre légère liée à une bronchite ; une troisième put, malgré une forte diarrhée, sortir de la clinique le treizième jour. Quatre autres accouchées seulement, soit 2,21 p. 100, eurent de légères élévations de température dont les causes parurent en relation directe avec les circonstances de l'accouchement.

Enfants. — Quatre naquirent morts ; un cinquième mourut trois jours après l'accouchement.

Chez trois des mort-nés on trouva des stigmates évidents de syphilis héréditaire, de sorte qu'il n'y a aucune raison de penser que la marche de l'accouchement ait eu une influence néfaste sur leur vie, Chez les deux autres, soit 1,1 p. 100, la mort a été causée par le rétrécissement du bassin ; dans un de ces cas, le cordon ombilical cessa de battre immédiatement après l'entrée de la femme à la clinique ; dans l'autre, il s'agissait d'une femme jeune et vigoureuse ayant un bassin aplati de 90 millim. de conjugué vrai ; l'enfant, pesant 4,300 gr., fut expulsé vivant mais mourut le troisième jour d'hyperhémie et d'œdème du cerveau.

II. — Accouchements artificiels

Si nous comparons maintenant avec ces résultats de l'accouchement spontané dans les rétrécissements du bassin, ceux des accouchements artificiels observés dans le même laps de temps, nous devons à priori nous attendre à une différence considérable : d'une part, parce qu'il s'agit le plus souvent dans ces derniers cas de degrés plus marqués de rétrécissement du bassin ; d'autre part, parce que dans une bonne partie des cas difficiles, la femme est apportée à la clinique dans un état où la terminaison rapide de l'accouchement est indiquée de façon pressante.

Laissant de côté les complications autres que le rétrécissement du bassin, ne tenant compte que des femmes opérées en vue du seul rétrécissement, nous comptons 89 femmes

pour la plupart multipares ainsi qu'il a été dit plus hau qu'il résulte de l'examen du tableau suivant :

	PRIMIPARES	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	MULTIPARES
Forceps	15	1	—	—	—	—	2	—	—	—	3
Version.....	5	6	10	5	3	—	—	—	1	1	26
Perforation.	13	6	2	1	—	2	1	—	—	—	12
Acc. prématuré......	—	1	1	—	1	1	—	1	—	—	5
Section césarienne....	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	4
Symphyséotomie	1	3	1	1	—	—	—	—	—	—	5
	34	18	14	9	4	4	3	1	1	1	55

Le rapport de chacune de ces opérations aux autres, a bien que relativement aux suites qu'elles ont eu pour mères et les enfants, est établi dans le tableau ci-dess

	MÈRES MORTES	ENFANTS MORTS		MORT-NÉS	MOR AVA SOR
Forceps	—	5	dont	3	[illegible]
Version..........	—	9		5	[illegible]
Perforation	2	25		25	
Acc. provoqué....	—	5		2	[illegible]
Sectioncésarienne	1	4			[illegible]
Symphyséotomie.	1 ([illegible])	0			
	4 sur 89	48 sur 89		35	[illegible]

On voit que l'opération la plus commune dans les bas viciés est la version qui fut faite dans 35 p. 100 des viennent ensuite la perforation 28 p. 100 et le forceps p. 100; puis, loin derrière, l'accouchement provoqué 5,6 p. la césarienne 4,5 p. 100 et la symphyséotomie 6,7 p. 100

Au total, après les 89 accouchements artificiels sus-nom quatre femmes sont mortes (soit 3,26 p. 100). Une de

femmes mourut (perforation) pendant les suites de couches de carie de la colonne vertébrale ; une autre (symphyséotomie) succomba, le jour fixé pour sa sortie, à une embolie de l'artère pulmonaire.

Si nous défalquons ces deux cas, dans lesquels la mort pendant les suites de couches doit être considérée comme accidentelle, en tout cas comme indépendante du mode de terminaison de l'accouchement, il nous reste encore 2 cas mortels sur 87, soit 2,3 p. 100 de mortalité imputable à l'accouchement. Une de ces femmes (perforation) mourut d'hémorrhagie par suite d'atonie et de lésions du col (n° 156 de 1892), l'autre de péritonite septique. Cela fait donc une mortalité de 2,3 p. 100 à opposer à la mortalité de 1,06 p. 100 de l'accouchement spontané (primipares et multipares réunies).

Les résultats pour les 89 enfants sont mis en pleine lumière par le tableau ci-dessus.

Chez 19 morts ou mourants avant l'accouchement on pratiqua la perforation. En les défalquant il reste 70 enfants vivants et bien vivants au moment où l'on se décida à l'intervention ; 46 sur ces 70, soit 65,9 p. 100, sortirent vivants de la clinique (mortalité 34,1 p. 100).

Des 24 restés sur le carreau 16 vinrent au monde morts, 8 moururent dans les premiers jours après l'accouchement. Comme deux de ces derniers sont morts de catarrhe intestinal et d'inflammation pulmonaire, nous les défalquons également.

De sorte que sur les 68 enfants admis au pourcentage définitif nous en comptons 22, soit 31,4 p. 100 victimes de l'accouchement rendu difficile par le rétrécissement du bassin.

Les meilleurs résultats pour les mères comme pour les enfants ont été obtenus par la version ; 87 p. 100 des femmes ainsi accouchées ont eu des suites de couches apyrétiques et 23 enfants, soit 74,2 p. 100, naquirent vivants et bien vivants. Mortalité infantile (expurgée) 25,8 p. 100. L'un des enfants mourut de pneumonie étant encore à la clinique.

Dans l'accouchement spontané, par contre, nous comptons seulement, pour les enfants des primipares et multipares réunies, une mortalité de 1,6 p. 100 comme résultat définitif du rétrécissement du bassin.

SIMPLE COMPARAISON

Oculos habent et non videbunt.

Pour une fois qu'il me tombe sous la main une statistique intégrale du professeur Léopold, il me plaît de la comparer à la dernière de celles que mon maître, M. Pinard, publie chaque année.

Cette comparaison me paraît propre à prouver clair comme le jour la légitimité, par quelques-uns encore contestée, du procès que Pinard, Farabeuf et moi nous avons intenté et poursuivi depuis trois ans, ici même et ailleurs, contre l'ancienne méthode de traitement des viciations pelviennes, méthode à laquelle reste fidèle la majorité de l'école allemande. C'est, en effet, au nom de cette école, il l'a dit en termes exprès, que M. Léopold a lu à Rome, en avril dernier, le rapport réactionnaire publié dans ce journal (1) et contre les conclusions duquel j'ai protesté séance tenante. Une chose me gênait cependant pour dire à ce moment toute ma pensée : je n'avais, pour étayer ma discussion, que des statistiques partielles de la maternité de Dresde, statistiques antérieures de quelques mois à la période sur laquelle M. Léopold paraissait avoir appuyé ses conclusions. Or voici qu'il nous livre en une fois et le résultat total ou presque total de sa pratique du 1er janvier 1892 à la fin de juillet 1893, et ses procédés d'appréciation et de comptabilité. L'argumentation à fond devient par là possible, la comparaison aussi avec les résultats obtenus par M. Pinard et son école.

Mais d'abord je veux démontrer qu'il s'agit bien de choses

---

(1) *Ann. de Gynéc.*, mai-juin, 1894, p. 458 à 467 et 471 à 476.

comparables. On pourrait, en effet, à un examen superficiel soulever cette objection préjudicielle :

« Tandis que, sur un total de 2,147 accouchements on n'a observé à la Clinique Baudelocque que 94 bassins rétrécis, on en compte à Dresde 610 sur un total de 2,512 accouchements. »

Remarquons donc que les 94 bassins rétrécis de la Clinique Baudelocque ont *tous* été diagnostiqués par le toucher mensurateur, alors qu'un très grand nombre de ceux de la clinique de Dresde ne l'ont pas été par ce procédé et qu'on les a baptisés viciés en s'appuyant soit sur les mensurations externes si sujettes à caution, soit sur la marche de l'accouchement. C'est ainsi que sur les 375 bassins viciés de Dresde qui ont permis l'accouchement spontané il en est 292 (soit 77 p. 100) dont l'étendue du conjugué vrai n'a pas été indiquée sur le journal.

Nul doute que si nous procédions de la même façon, le nombre des rétrécissements du bassin ne s'accrût à Paris dans des proportions qui se rapprocheraient sensiblement de celles de Dresde.

Quoi qu'il en soit de ce point, si j'établis pour Paris et Dresde le pourcentage des bassins viciés permettant l'accouchement spontané et de ceux *ayant nécessité une intervention*, c'est-à-dire en définitive des bassins réellement trop petits ou jugés tels pour l'enfant qu'ils devaient laisser passer, voici ce que je trouve :

	BASSINS RÉTRÉCIS	
	Accouchements spontanés	Accouchements opératoires
Clinique de Dresde 1892-1893 (2,512 accouchements)	424 69,5 0/0	186 30,49 0/0
Clinique Baudelocque 1894 (2,147 accouchements)	64 68 0/0	30 31,9 0/0

Clinique Baudelocque		
1891	81	59
(1,654 accouchements)	57,8 0/0	42,1 0/0

Le tant pour cent des bassins à accouchement artifici est donc sensiblement le même à Dresde et à Paris.

Veut-on une nouvelle preuve qu'il s'agit de viciations p viennes en gros comparables, de statistiques superposable de services d'importance égale ? Nous allons la tirer de comparaison des chiffres de mortalité maternelle et fœta qu'a donnée aux deux chefs de service l'emploi de la mên méthode, celle que nous appelons l'ancienne.

Voyez et vérifiez : vous avez ci-dessus tous les documen entre les mains.

	Clinique de Dresde 1892-1893. 89 accouchements artificiels. [Forceps, version, accouchement prématuré, section césarienne, perforation, symphyséotomie (6).]	*Clinique Baudelocq* 1891. 59 accouchements artificiels. [Forceps, version, accouchement prématur section césarienne, perforation.]
Mères mortes..	4 = 4,49 0/0	4 = 6,7 0/0
Enfants morts.	43 = 48,31 0/0	26 = 44 0/0

Ce tableau montre qu'à l'époque où ils employaient même méthode (car ce ne sont pas les 6 symphyséotomi sur 89 opérations de M. Léopold qui suffisent à modifi l'ancienne méthode, je l'ai fait démontrer par Pierre Fa beuf dans sa thèse) (1), les résultats obtenus par M. Pinard M. Léopold étaient, à peu de chose près, semblables.

Je veux prouver maintenant : 1° que la mortalité infa tile sus-indiquée doit être mise, pour la plus grande pa sur le compte des opérations employées pour triompher l'obstacle créé par le rétrécissement pelvien ; 2° que de la pl

(1) *Les bienfaits de la symphyséotomie*. Th. Paris, 1893, in-8°, G. Steinh

grande partie de ces enfants morts la nouvelle méthode, comme l'a dit L.-H. Farabeuf, aurait fait des vivants.

Au premier coup d'œil jeté sur les deux tableaux qui suivent, il va sembler que la nouvelle méthode, celle de la Clinique Baudelocque, a notablement accru la mortalité maternelle sans diminuer la mortalité fœtale dans les proportions par nous prédites.

Prenons d'abord, sans commentaires, les chiffres bruts donnés par M. Léopold et M. Pinard.

	Clinique de Dresde	*Clinique Baudelocque*
	1892-1893	1894
	89 opérations	30 opérations
Mères mortes.	4 = 4,49 0/0.	3 = 10, 0/0
Enfants morts.	43 = 48,31 0/0.	8 = 26,6 0/0

Soit, pour la Clinique Baudelocque, une perte de 5,51 p. 100 sur les mères, pour un gain de 21,71 p. 100 sur les enfants.

Et si nous prenons non plus seulement les bassins à opération, mais la totalité des bassins viciés (y compris les accouchements spontanés), nous avons :

	Clinique de Dresde	*Clinique Baudelocque*
	1892-1893	1894
	sur 464 cas	sur 94 cas
Mères mortes.	9 = 1,93 0/0.	3 = 3,19 0/0
Enfants morts.	52 = 11,2 0/0.	8 = 8, 5 0/0

Ce qui revient à cette proposition, absurde pour qui est au courant de la question : la substitution de la méthode nouvelle à l'ancienne, tout en augmentant la mortalité maternelle de 1,26 p. 100, n'aurait diminué la mortalité infantile que de 2,7 p. 100.

Expliquons-nous donc sur les termes mêmes de cette comparaison.

Nos 30 opérations de la Clinique Baudelocque, qui se soldent par 3 mères mortes, soit 10 p. 100, et par 8 enfants morts, soit 26,6 p. 100, comprennent *la totalité de nos inter-*

ventions dans les bassins viciés (symétriques, asymétriques et obliques ovalaires, spondylolisthésiques, etc).

Par contre, les 89 opérations entrant dans le compte de M. Léopold et qui se soldent par 4 mères mortes, soit 4,49 p. 100 et 43 enfants morts, soit 48,31 p. 100, comprennent *une partie seulement des 140 opérations qu'il a pratiquées dans les bassins viciés;* l'accoucheur de Dresde a mis en effet hors de compte, et pour cause sans doute, 51 cas parce qu'ils étaient compliqués de présentations vicieuses, de procidences ou autres accidents. Serait-il indiscret de demander quel a été, dans ces 51 cas, le nombre des décès maternels et fœtaux à ajouter aux 4 + 43 précédents, pour avoir une statistique intégrale exactement superposable à celle de la Clinique Baudelocque?

Mais puisqu'à ce sujet les éléments nous font défaut, il faut nous borner aux 89 cas *favorables* de M. Léopold, aux cas dans lesquels l'intervention n'a eu à triompher que du seul rétrécissement, *l'enfant présentant le sommet, sans aucune complication*, c'est-à-dire à la statistique de la clinique de Dresde *expurgée des mauvais cas*.

Cette statistique, déjà expurgée de la façon que je viens de dire, M. Léopold l'expurge encore pour établir ses calculs définitifs.

Il retranche de la mortalité des mères 2 cas sur 4; reste 2 morts sur 87 = 2,3 p. 100.

Il retranche de la mortalité infantile, 19 enfants morts ou *mourants* (?) au moment de l'intervention qui, dans ces cas, fut la perforation du crâne.

Il retranche 2 enfants morts après la naissance, de catarrhe intestinal et d'inflammation pulmonaire.

Et quand ces expurgations réitérées sont enfin terminées, M. Léopold se trouve en présence, non plus de 89 enfants, mais de 68 (sur 140!) vivants et bien vivants, dont il avait entre les mains la vie ou la mort.

Qu'en a-t-il fait?

22 sur 68, soit 32,3 p. 100, ou, si l'on compte comme lui,

22 sur 70, soit 31,4 p. 100, *sont morts au cours de l'opération ou de ses suites.*

Ainsi : 2,3 p. 100 de mortalité maternelle,
31,4 p. 100 de mortalité infantile,
voilà, *dans les cas favorables*, le bilan de l'ancienne méthode aux mains du leader de l'école allemande, je veux dire de la partie réactionnaire de l'école allemande. M. Zweifel m'entend bien.

M. Léopold souffrira que nous comparions à ces résultats ceux de la Clinique Baudelocque, *expurgés à sa façon*, dont je me garderai bien de contester la légitimité.

De la mortalité des mères, je retrancherai donc, moi aussi, 2 cas sur 3, savoir : la femme morte d'obstruction intestinale (1); plus la femme qui, sans suppuration de la plaie opératoire, est morte en quarante-huit heures de septicémie généralisée d'origine utérine, après avoir subi en ville quatre applications de forceps. Nous ne pouvons pas, M. Léopold en conviendra, compter au passif de notre méthode ce résultat incontestablement dû à une opération qui fait partie de sa méthode à lui et que nous, nous réprouvons.

Je laisse au passif de la méthode suivie à la Clinique Baudelocque, la mort de cette troisième femme qui, n'ayant subi en ville que des *touchers suspects*, mais pas d'opération, nous est arrivée sans fièvre, chez qui l'infection utérine ne s'est *développée* qu'après l'entrée à la Clinique et qui est morte de septicémie avec suppuration de la plaie opératoire.

C'est donc 1 mort sur 28 = 3,5 p. 100.

Pour ce qui est des enfants, je retrancherai, moi aussi, 6 enfants morts (je ne dis pas mourants) avant l'intervention et qui furent basiotripsés d'emblée;

1 enfant mort, malgré la symphyséotomie, de 14 traits de fracture du crâne produits par un partisan du forceps obli-

(1) Ceux qui voudraient imputer ce décès à la symphyséotomie liront avec profit, in *Archiv. f. Gynaek.*, t. 46, 2e partie, 1894, un mémoire de Gottschalk : *Zur Lehre von der Retroversio uteri gravidi, gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Enterostenosen in ihrer Beziehung zur Schwangerschaft.*

quement appliqué au détroit supérieur dans un bassin vicié; 1 enfant mort, pendant la section de la symphyse, d'une de ces procidences que M. Léopold élimine de sa statistique.

Je n'ai pas à retrancher d'enfants morts après la naissance : tous les enfants qui ont été extraits vivants sont sortis vivants.

Cette expurgation simple (par opposition à l'expurgation double de M. Léopold) terminée, nous restons donc en présence de 22 enfants (sur 30) vivants et bien vivants dont nous avions entre les mains la vie ou la mort.

Qu'en avons-nous fait ?

Nous les avons tous extraits vivants; non seulement vivants, mais non touchés par l'intervention, c'est-à-dire, du fait decette dernière, sains de corps pour le présent et d'esprit pour l'avenir, et les 22 sont sortis vivants de la Clinique.

Mortalité infantile opératoire de la Clinique Baudelocque, exactement comparable à celle de la Clinique de Dresde : 0 p. 100.

En résumé : nous avons, d'après la façon de compter de M. Léopold, *pour les accouchements artificiels* 1,2 p. 100 de mortalité maternelle de plus que lui, mais 31,4 p. 100 de mortalité fœtale en moins (1).

Je me permettrai, une fois de plus, d'appeler sur ces chiffres les méditations de M. Léopold et de conclure que la méthode qu'il préconise *tue*, entre ses mains particulièrement habiles : 31,4 p. 100 d'enfants qui ne demandent qu'à vivre. La guerre, pourtant si détestée des mères, ne frappe pas les adultes en pareille proportion (2). H. Varnier.

---

(1) Ne pas oublier que, pour la même période, *l'accouchement spontané* dans les rétrécissements du bassin se solde chez lui par une mortalité maternelle expurgée de 2 p. 100 chez les primipares et par une mortalité infantile également expurgée de 2,05 p. 100 chez les primipares et de 1,10 p. 100 chez les multipares, alors que la mortalité et fœtale correspondante de la Clinique Baudelocque est nulle, sans expurgation.

(2) A la Moskova : côté des Russes : 19 p. 100 de tués,
(d'après Thiers) côté des Français : 7,50 p. 100 de tués.

REMARQUES SUR LES CARACTÈRES MACROSCOPIQUES DE LA SALPINGO-OVARITE

Par **Émile Reymond**, interne des hôpitaux.

Au cours des recherches que nous avons entreprises sur la bactériologie des salpingites, nous avons eu l'occasion d'étudier l'aspect macroscopique de nombreuses annexes utérines. Nous venons aujourd'hui communiquer les remarques qu'il nous a été donné de faire.

Pour plus de clarté nous examinerons successivement les modifications pathologiques subies par l'ostium utérin et l'ostium abdominal de la trompe. Ces modifications ont une importance capitale d'où peut dépendre la forme de la salpingo-ovarite. Nous étudierons ensuite les adhérences que peuvent affecter les annexes enflammées avec les organes voisins; enfin nous terminerons par quelques remarques sur les formes différentes que peuvent présenter ces salpingo-ovarites.

I. — Ostium utérin

Les modifications survenues dans le cours d'une salpingite au niveau de l'ostium utérin ont été comprises de façons très différentes. Le mot d'oblitération a été employé par les uns, pour dire que la lumière avait à ce niveau cessé d'exister, tandis que d'autres entendaient par là que cette lumière ne livrait plus passage au liquide contenu dans la trompe.

Orthmann (1) distingue bien les deux cas, et dit que les collections de la trompe ne peuvent se produire que s'il existe

(1) Orthmann. Beiträge zur normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin von Virchow*, p. 165, Band 108, 1887.

ou bien une atrésie de l'ostium, ou bien une solution de continuité de la lumière à ce niveau.

Landau (1) dans son étude clinique des kystes tubaires, reconnaît que la collection salpingienne peut se produire en l'absence d'oblitération complète.

Mordret (2) dans sa thèse insiste sur l'oblitération de la trompe par épaississement et sclérose des parois, sclérose qui existe, dit-il, même lorsque la lumière est conservée.

Fournet (3) cite un cas où la lumière avait été remplacée par un véritable cordon fibreux sur une petite longueur, et il ajoute que c'est là une disposition qui doit souvent se produire.

En somme, il est admis, que dans un nombre de cas, plus ou moins considérable suivant les auteurs, la lumière de la trompe a complètement disparu au niveau de l'extrémité utérine.

Or cette disparition de la lumière nous semble au contraire d'une extrême rareté ; dans les 94 dernières salpingites que nous avons examinées, nous n'avons pas une seule fois trouvé d'oblitération complète de l'oviducte à l'extrémité utérine ; et si nous en avons auparavant découvert quelques cas, cela tient peut-être à ce que nous n'avions pas alors su chercher cette lumière.

Voici aujourd'hui comment nous procédons. Une trompe kystique a été sectionnée au cours d'une opération au ras de l'utérus ; elle reste distendue par le liquide qu'on ne peut faire sourdre par l'ostium utérin en pressant sur la trompe.

Nous prenons une très fine pipette non brisée et essayons de l'introduire dans l'orifice uterin, non pas en poussant avec la pipette, mais en tirant sur la trompe dont les coudures internes s'effacent parfois facilement; l'extrémité de

(1) LANDAU. *Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 1, p. 11.

(2) MORDRET. *Etude anatomo-pathologique sur les salpingo-ovarites.* Thèse Paris, 1890.

(3) FOURNET. *Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles*, 1892.

la pipette une fois libre dans la cavité kystique, on la brise à travers les parois; la pipette se remplit du contenu de la trompe, prouvant ainsi qu'elle a bien pénétré dans le kyste.

Si maintenant on la retire et que pressant à nouveau sur la poche on cherche à vider ce qui reste de liquide, on voit que celui-ci ne sort toujours pas, par l'ostium perméable à la pipette dans un sens et non perméable au liquide dans l'autre.

On peut recommencer la même expérience avec une grosse pipette pleine cette fois d'un liquide quelconque, de bouillon par exemple; la pointe brisée, on pousse le bouillon jusqu'à ce que les parois du kyste salpingien soient aussi distendues que possible. Le liquide tend à s'échapper entre les parois et la pipette avant que celle-ci ne soit retirée, mais dès qu'elle est enlevée, le kyste reste distendu et rien ne sort plus par l'orifice.

Nous avons refait cette expérience d'autant plus souvent qu'elle nous a servi à un mode de culture : le résultat a toujours été sensiblement le même. Lorsque nous avons éprouvé des difficultés à pénétrer, il a suffi de pratiquer des débridements sur l'enveloppe péritonéale et les parois externes de la trompe pour en redresser les courbures et rétablir la perméabilité de la lumière; aussi pensons-nous que les oblitérations complètes de l'ostium utérin sont d'une extrême rareté.

Quelles sont donc les raisons qui peuvent empêcher le liquide de l'hydro ou du pyosalpinx de sortir par un canal dont la lumière est libre ? Voici celles qu'on peut invoquer :

1° Lésions des parois et diminution du calibre de la trompe.

2° Compressions extérieures.

3° Modifications dans le trajet de la lumière.

1° Les lésions survenues dans les parois sont de deux ordres : épaississement des parois, disparition de la souplesse des tissus.

L'épaississement contribue à la diminution du calibre de

la lumière dont il ne faut pas exagérer l'importance ; te hydrosalpinx, dont la lumière paraissait fort étroite à l'ex trémité utérine, se vide fort bien quand on a enlevé le couches externes et effacé les replis de la trompe ; tel pyo salpinx, dont le contenu ne peut sortir par l'ostium utérin possède cependant à ce niveau une lumière plus large qu'à l'état normal.

Quant à la rigidité des tissus, elle peut être due à la trans formation scléreuse fixant le canal dans ses sinuosités parfois, comme dans la forme *noduleuse*, que nous décrirons plus loin, ce sont de petits fibro-myômes développés dans les parois qui écraseront la lumière en en déformant le trajet.

2° Les compressions extérieures peuvent fermer l'ostium utérin : la chose est du moins assez rare pour que nous n'insistions pas.

3° Quant aux modifications dans le trajet de la lumière, elles peuvent se produire de deux façons différentes : par torsion, ce qui est une rareté ; par coudures successives, ce qui est la règle.

Nous n'insisterons pas sur les torsions dont nous avons publié un cas, ici même, au mois de septembre 1894, en collaboration avec notre maître M. Hartmann.

Quant aux coudures de l'extrémité utérine, on peut dire qu'elles constituent la véritable cause de rétention des salpingites ; mais elles sont bien plus accentuées qu'on est tenté de le croire. Extérieurement la trompe semble seulement offrir quelques ondulations à son extrémité ; mais si on cherche le trajet de la lumière par dissection ou mieux encore sur des coupes, on voit qu'elle présente des coudures qu'on ne pouvait d'abord pas supposer, des retours sur elle-même rendant impossible le passage d'un liquide. La fig. 7 représente un hydrosalpinx dans lequel l'extrémité utérine ne paraît présenter à l'extérieur que des ondulations insignifiantes ; sur une coupe longitudinale on voit qu'il existe une coudure expliquant suffisamment que la poche salpingienne n'ait pu se vider.

La cause empêchant qu'on se rende compte extérieurement de ces coudures est aussi celle qui les a produites. Ces coudures tiennent à une disproportion à ce niveau entre l'enveloppe péritonéale et la muqueuse : ce conduit muqueux a augmenté de longueur, la tunique séreuse est restée la

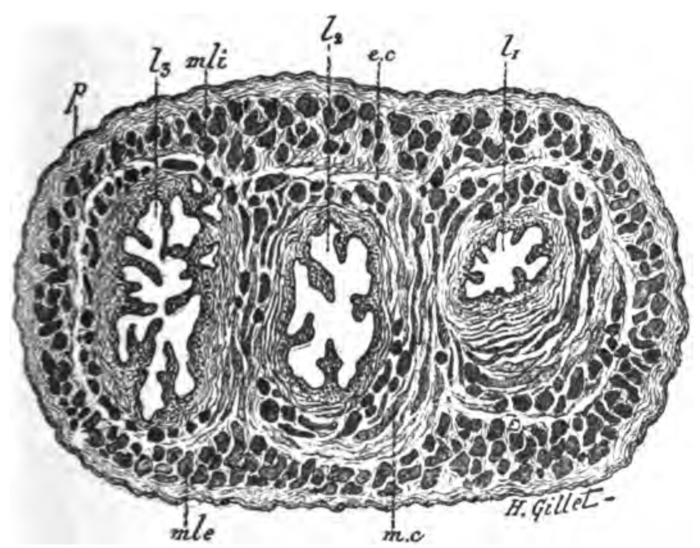


Fig. 1. — Coupe de l'extrémité utérine d'un pyosalpinx, faite perpendiculairement à l'axe de la trompe.

$l_1 l_2 l_3$: La lumière de la trompe est tellement contournée sur elle-même qu'on la retrouve trois fois sur la même coupe histologique ; *mc*, couche musculaire profonde circulaire ; *mli*, faisceaux les plus profonds de la couche musculaire longitudinale accompagnant la lumière dans ses circuits ; *mle*, faisceaux longitudinaux superficiels accompagnant le péritoine *p* ; *ec*, espace clair séparant les faisceaux superficiels et profonds de la couche longitudinale.

même. Pour que le premier demeure contenu dans la seconde il a dû se replier sur lui-même.

Quant aux couches intermédiaires entre la muqueuse et le péritoine, elles présentent une disposition curieuse ; les couches les plus profondes accompagnent la muqueuse dans ses circuits : les couches superficielles abandonnent les

précédentes, passent directement sur leurs plis, restent accolées au péritoine.

Cette disposition est bien indiquée par la fig. 1. Celle-ci correspond à une coupe de la trompe à son extrémité utérine ; la coupe est faite perpendiculairement à l'axe de la trompe ; les coudures étaient telles en ce point que nous retrouvons trois fois la lumière dans la même préparation : cette lumière appartient à trois points relativement éloignés les uns des autres, tant sont accentuées les coudures. On constate, en effet, que la muqueuse ne présente dans la première coupe que de simples ondulations, qui s'accentuent dans la seconde et deviennent de véritables franges dans la troisième.

Autour des trois coupes de muqueuse se voient trois anneaux musculeux correspondant à la couche circulaire qui a suivi la muqueuse dans ses replis.

Plus extérieurement nous trouvons encore correspondant à chacune des trois lumières une couronne plus ou moins complète de faisceaux musculaires longitudinaux, coupés par conséquent transversalement et accompagnant le trajet de la couche circulaire.

Enfin, tout à fait à la périphérie de la préparation, nous trouvons d'autres faisceaux longitudinaux séparés des précédents enveloppant tout ce qui précède dans une ceinture unique, abandonnant par conséquent le trajet de la muqueuse et accompagnant la séreuse.

En résumé, la muqueuse est, dans ce cas, accompagnée de la couche musculaire profonde, d'une partie de la couche musculaire superficielle, l'autre partie de cette dernière est restée accolée au péritoine. Telle est la disposition la plus fréquente.

Quelle peut être la cause déterminant dans les salpingites cette disproportion entre l'allongement des tuniques internes et externes ?

Peut-être l'allongement est-il proportionnel pour chaque tunique, à la congestion de celle-ci.

C'est là une simple hypothèse; quant à la disposition elle-même, elle est facile à vérifier.

II. — Ostium abdominal

a) *Fermeture du pavillon par adhérences des franges entre elles.*

Le pavillon peut être oblitéré, comme nous le verrons plus loin, par adhérence à l'ovaire et aux organes voisins ; mais il peut s'oblitérer lui-même sur place. La fréquence de cette oblitération est reconnue par tout le monde, mais la façon dont elle survient a été peu étudiée.

On trouve dans différents traités, que le canal de la trompe se rétrécit de plus en plus à ce niveau, et finit par se fermer complètement. D'autres auteurs laissent entendre que l'oblitération se fait par accolement de la muqueuse à elle-même.

Ces deux hypothèses sont l'une et l'autre en contradiction avec tous les faits que nous avons pu observer. Si d'ailleurs elles étaient exactes, on serait en droit de se demander pourquoi l'oblitération de la trompe se fait à son extrémité abdominale, plutôt qu'en tout autre point. Nous avons vu que la lumière de la trompe n'a pas de tendance à disparaître à l'extrémité utérine, elle n'en a pas davantage à la partie moyenne. Pourquoi, dès lors, dans la moitié des cas, verrait-on la même muqueuse s'accoler à elle-même et fermer complètement la lumière du canal, justement au point où celui-ci est le plus large ?

Si la trompe se ferme si souvent à son orifice externe, et cela en dehors des adhérences extérieures qu'elle peut contracter à ce niveau, c'est qu'en ce point la séreuse fait suite à la muqueuse. *L'oblitération de l'orifice abdominal ne se fait pas aux dépens de la muqueuse, mais bien du péritoine.*

Quant au processus par lequel se constitue cette oblitération, s'il est encore peu connu, c'est qu'on n'a eu l'occasion d'en constater le début qu'au cours des laparotomies faites

à des époques peu avancées des lésions salpingiennes.

Déjà cependant, Martin, cité par Thibault, rapporte qu'il trouva, au cours d'une laparotomie, une trompe dont le pavillon fermé se rouvrit lorsqu'on pressa à son niveau; les franges gonflées se déplissèrent alors comme les feuilles en calice d'un mimosa.

Telle est aussi la disposition que nous avons eu l'occasion d'observer une fois, et que schématise la fig. 2. A mesure qu'elles s'enflamment et s'épaississent, les franges se replient sur elles-mêmes et tendent à rentrer dans le pavillon.

A partir de ce moment, les faces péritonéales des franges

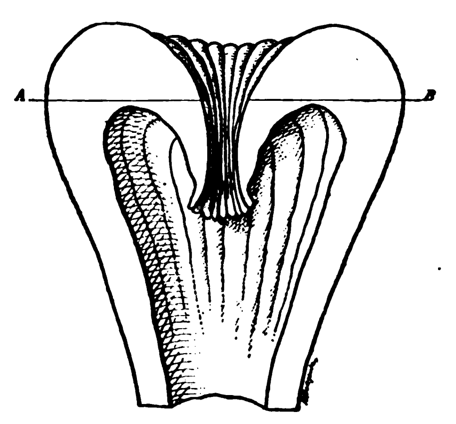


FIG. 2. — Premier temps de la fermeture du pavillon : les franges revenues sur elles-mêmes se regardent par leur face péritonéale.

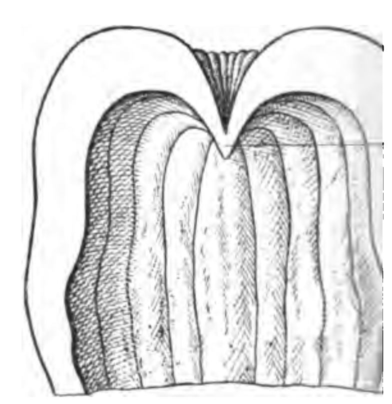


FIG. 3. — Deuxième temps de la fern du pavillon : les franges se sont sou le pavillon est fermé.

(A et B) se font face, et leur revêtement séreux a autant de tendance à s'accoler à lui-même que le revêtement muqueux en avait peu.

Dès lors, les adhérences se constituent, l'ostium abdominal se ferme, du liquide se collecte dans la trompe; on a une disposition qui rappelle le schéma 3.

Longtemps encore dans l'intérieur de la trompe subsiste la saillie A. Nous avons même, à plusieurs reprises, trouvé dans le fond de vieux hydro-salpinx une cicatrice étoilée et

saillante qui représente le vestige de cette disposition.

Dans quelques cas, nous avons constaté sur des pavillons qui paraissaient tout d'abord obstrués, l'existence d'un petit orifice permettant à la sonde cannelée de pénétrer dans la trompe ; et si alors on pressait sur celle-ci, on faisait généralement sortir les franges repliées à l'intérieur ; elles se présentaient au niveau de l'orifice sous la forme d'une petite masse rouge et papillaire.

En résumé, l'occlusion du pavillon (en dehors de l'occlusion par adhérence aux organes voisins) paraît se faire en deux temps :

1° Les franges se replient sur elles-mêmes en rentrant dans le pavillon.

2° Les surfaces péritonéales une fois en face l'une de l'autre adhèrent entre elles.

b) *Adhérences du pavillon et de l'ovaire.*

Le pavillon peut affecter trois dispositions différentes par rapport à l'ovaire : 1° il lui adhère par sa face péritonéale;

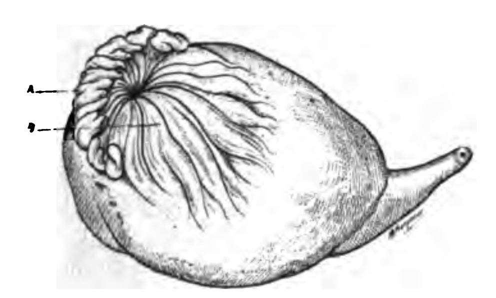


Fig. 4. — Adhérence de la face péritonéale du pavillon à l'ovaire.

2° il s'abouche contre la surface ovarienne ; 3° il s'ouvre dans une cavité ovarienne.

1° L'*adhérence du pavillon par sa face externe* est représentée dans la fig. 4. Cette adhérence peut se faire avec la face antérieure ou le bord supérieur ; ou bien encore, comme dans le cas de la fig. 4, la trompe enveloppe l'ovaire en exa-

gérant la disposition normale et le pavillon vient adhérer à la face postérieure de l'ovaire.

Dans tous les cas, c'est la face péritonéale qui adhère ; la surface muqueuse du pavillon reste libre. On comprend que cette disposition empêche la fécondation malgré la liberté de la lumière.

L'ovaire peut augmenter de volume après la formation des adhérences, soit parce qu'il s'y développe un abcès, soit parce qu'un kyste prend dans son épaisseur un développement plus considérable ; le pavillon enflammé subit alors certaines modifications.

Au niveau du point où le pavillon est libre d'adhérences (A, fig. 4) les franges épaisses et courtes tendent à se pelotonner du côté de la lumière ; elles s'enveloppent dans leur péritoine, mais celui-ci ne se trouve toujours qu'au contact de la muqueuse et les adhérences ne s'établissent pas.

D'autre part, les franges adhérentes à l'ovaire (B) se trouvent distendues par le développement anormal que prend celui-ci ; à mesure qu'il grossit, il se coiffe de cette portion du pavillon et la distend de plus en plus.

Cette disposition est plus ou moins accentuée, mais on la trouve presque toujours : franges petites et épaisses au niveau où le pavillon est libre ; franges longues et minces au niveau où elles adhèrent à l'ovaire augmenté de volume.

La lumière est libre dans cette forme. Nous venons de voir pourquoi. Aussi n'existe-t-il généralement pas de collection purulente dans l'intérieur de la trompe.

2° *Abouchement du pavillon contre l'ovaire.* — Dans cette forme le pavillon regarde l'ovaire par sa face muqueuse ; une collection peut se former entre la paroi ovarienne et la muqueuse du pavillon. Cette disposition a souvent été confondue avec la forme suivante dans laquelle la collection salpingienne communique au niveau du pavillon avec une collection ovarienne.

Ces deux formes sont très distinctes, mais elles demandent

à être rapprochées en ce que la seconde est toujours une modification de la première.

Pour se rendre compte de ces transformations, il est nécessaire de chercher les causes déterminant un abouchement du pavillon sur l'ovaire. A l'état physiologique une progression du pavillon du côté de la couche ovigène est toujours due à la même cause : le développement d'un ovisac qui, ayant pris des dimensions plus considérables, est prêt à se rompre et à confier l'ovule au pavillon ; celui-ci se présente pour le recevoir. Nous ne cherchons nullement par quel intermédiaire le développement de l'ovisac vient agir sur les mouvements de la trompe et nous ne retenons que le fait lui-même généralement admis : le pavillon tend à se rapprocher de l'ovisac qui est le plus gros.

Or il semble qu'il en soit de même alors qu'au lieu d'un ovisac il s'agit de toute collection ovarienne tendant à se rapprocher de la surface de l'organe : le pavillon va au-devant de la collection comme il allait au-devant de l'ovisac ; mais les adhérences qui s'établissent alors persistent et si la collection s'ouvre le kyste tubo-ovarien est constitué.

Telle est l'influence à laquelle l'ovaire semble soumettre le pavillon ; mais d'autre part, sous l'influence de sa propre inflammation, celui-ci subit le processus que nous avons étudié tout à l'heure ; ses franges se recroquevillent et tendent ensuite à s'accoler par leurs faces péritonéales. Suivant que ce processus sera plus ou moins avancé alors que le pavillon entrera en contact avec l'ovaire on aura une des deux dispositions suivantes :

Dans le premier cas (fig. 5), le pavillon est complètement fermé avant que les adhérences se soient établies avec l'ovaire ; la collection de la trompe (T) est séparée de celle de l'ovaire (K) non seulement par une couche de tissu ovarien (O), mais par l'épaisseur des franges (F) qui s'appliquent en tous points sur l'ovaire.

Dans le second cas (fig. 5) le pavillon a commencé aussi à reployer ses franges avant d'adhérer à l'ovaire ; mais l'accole-

ment des franges entre elles n'est pas encore complet et l'occlusion de la trompe n'est produite que par son abouchement contre les parois de l'ovaire.

La première forme est assez fréquente, probablement parce qu'elle a chance de persister ; la seconde paraît plus rare, sans doute parce que les deux collections salpingiennes et ovariennes sont séparées seulement par une paroi de parenchyme ovarien. Cette paroi est facilement résorbable, la communication s'établit et nous nous trouvons dès lors en présence de la forme qui nous reste à décrire.

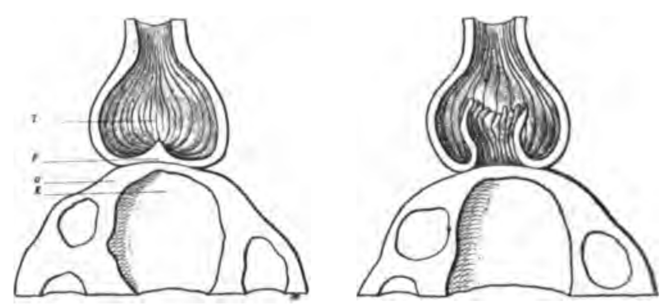


FIG. 5. — Abouchement du pavillon contre l'ovaire. Schéma 1 : la fermeture du pavillon a précédé l'adhérence à l'ovaire. — Schéma 2 : l'adhérence à l'ovaire a précédé l'accolement des franges entre elles.

3° *Ouverture du pavillon dans une cavité de l'ovaire.* — Cette disposition a été signalée par un grand nombre d'auteurs, mais aucun d'eux n'a insisté sur les différences qu'elle pouvait présenter. Dans une longue communication faite à propos d'un cas de ce genre, Desguin (1) considère qu'il s'agit là d'une rareté pathologique ; cette opinion nous paraît au moins exagérée, car nous avons eu bien souvent l'occasion de l'étudier.

Nous allons décrire successivement la cavité ovarienne l'orifice qui la fait communiquer avec le pavillon et la disposition de celui-ci.

(1) DESGUIN d'Anvers. *Bulletin de la Société belge de gyn. et d'obst.* 1892, t. III, p. 99.

La cavité ovarienne est le plus souvent représentée par un kyste. On trouve ordinairement nombre de kystes dans l'ovaire ; c'est le plus gros qui communique le plus souvent avec la trompe. Parfois ce kyste communique lui-même avec un certain nombre d'autres par des orifices réguliers, circulaires, à bords mousses.

Le kyste qui communique avec la trompe est presque toujours purulent, tandis que les autres kystes isolés dans le tissu de l'ovaire sont le plus souvent séreux. Cette disposi-

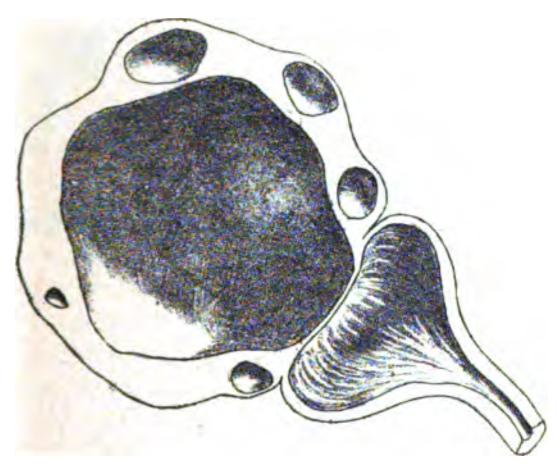


FIG. 6. — Cavités ovariennes et salpingiennes toutes deux purulentes, mais encore indépendantes.

tion tendrait à faire croire que le kyste purulent ne s'est infecté que par l'intermédiaire de la trompe. Ce serait là une erreur d'interprétation contre laquelle les caractères macroscopiques mettent en garde, en dehors même des recherches bactériologiques. Si, en effet, le kyste est infecté par la trompe, il est évident qu'il doit rester limpide tant que la communication n'est pas établie avec cette dernière. Or dans la première forme que nous avons étudiée et où les deux cavités étaient encore indépendantes, le kyste avoisinant l'adhérence du pavillon n'en est pas moins purulent (fig. 6).

Nous pouvons donc supposer dès à présent que la puru-

lence du kyste n'est pas le résultat, mais la cause de la communication avec la trompe. C'est parce qu'il est infecté que le kyste se trouve congestionné et augmenté de volume, qu'il appelle les adhérences du pavillon et que finalement il communique avec lui.

Mais pourquoi, à côté de kystes purulents, trouve-t-on dans l'ovaire d'autres kystes plus petits et de contenu limpide? Peut-être faut-il penser que ceux-ci se sont formés depuis

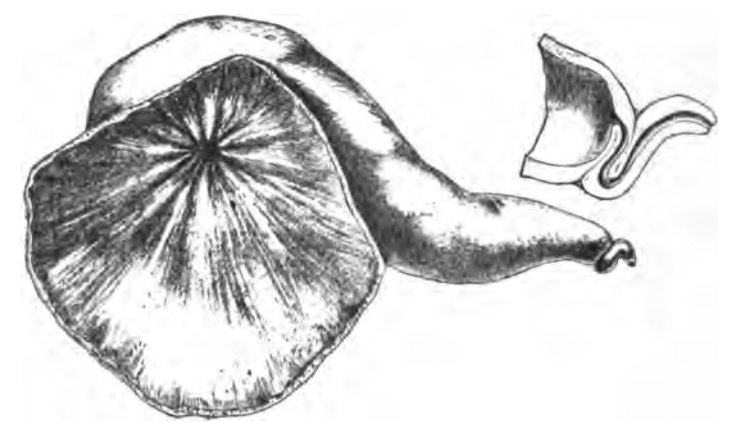


Fig. 7. — Hydrosalpinx communiquant avec un grand kyste séreux de l'ovaire; l'ostium utérin est fermé par une brusque coudure de la lumière.

peu, après la phase aiguë de l'infection, au cours du processus scléro-kystique secondaire.

Cette ouverture du pavillon dans un kyste purulent ne représente du reste pas une règle absolue ; la cavité peut encore se présenter sous forme d'un kyste à contenu séreux ou sous forme d'un abcès n'ayant plus de parois kystiques.

La première de ces formes s'est présentée dans trois de nos observations ; il s'agissait pour chacune d'elles d'un kyste ovarien gros, dans un cas, comme un œuf de dinde, ayant un contenu limpide, et communiquant très largement avec une hydro-salpingite (fig. 7). Faut-il supposer qu'il puisse s'agir d'un simple kyste n'ayant *jamais été infecté* et

communiquant avec une trompe qui lui aurait adhéré?

La chose est bien peu probable et il y a grande raison pour supposer que le kyste a été purulent à une certaine période et qu'il a subi la même série de modifications qu'un pyosalpinx devenant hydrosalpinx. Dans nos trois observations, le début de la maladie était éloigné, les symptômes avaient été fébriles autrefois; on était en somme en présence d'une affection paraissant devenue chronique après une période aiguë. D'autre part, la communication entre la trompe et l'ovaire paraissait exister depuis longtemps; nous n'avons jamais trouvé dans ces trois cas un orifice en diaphragme comme on en voit entre les kystes et les trompes à contenu purulent. Au contraire, la communication entre les deux cavités est si large qu'il est difficile de savoir où l'on passe d'un organe à l'autre.

Disons enfin, à l'appui de cette façon de voir, que dans une de nos observations nous avons trouvé de chaque côté la même disposition anatomique, mais tandis que du côté qui avait le premier fait souffrir la malade, on trouvait un liquide limpide dans le kyste et la trompe, dans l'autre, atteint secondairement, on constatait encore la présence d'un liquide louche contenant des leucocytes et des cellules desquamées.

Quant à la dernière forme de cavité ovarienne, celle qui fait penser à un abcès plutôt qu'à un kyste, on en trouve les parois irrégulières, anfractueuses; des débris de la paroi nagent dans le pus de l'abcès.

Il est possible qu'il s'agisse dans ce cas de véritables abcès créés aux dépens des tissus de l'ovaire. Nous avons pu étudier histologiquement la formation d'abcès paraissant avoir les lymphatiques comme point de départ.

Cependant, il est fort possible aussi qu'on ait affaire à de simples kystes infectés dont les parois ont été moins ménagées que dans les cas précédents et sont devenues anfractueuses au lieu de rester lisses et régulières.

Tels sont les différents aspects que l'on trouve à la cavité ovarienne. Voyons maintenant par quel orifice communique celle-ci avec la cavité de la trompe.

Les dimensions de cet orifice paraissent dépendre de l'époque où s'est établie la communication.

Lorsque celle-ci date d'une époque relativement rapprochée, l'orifice, moins régulier, est plus petit ; il est creusé à travers la paroi ovarienne comme l'ouverture d'un diaphragme (fig. 8).

Lorsque les lésions sont plus anciennes on trouve l'orifice

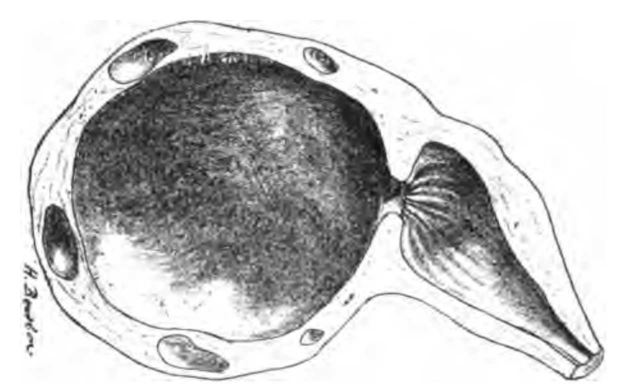


FIG. 8. — Orifice en diaphragme faisant communiquer la cavité salpingienne avec un kyste purulent de l'ovaire.

plus large, beaucoup plus régulier ; ses bords sont mousses et unis.

A mesure que la lésion est plus ancienne, l'orifice s'élargit ; il vient un moment où cet orifice est si large que le niveau où communiquent les deux cavités n'est même pas marqué par un rétrécissement.

La part que prend le pavillon à la constitution de l'orifice dépend des dimensions de celui-ci, il dépend aussi de son mode d'abouchement sur la paroi de l'ovaire.

Si les adhérences se sont constituées avant que les franges soient rentrées dans le pavillon, on verra celui-ci adhérer

par son bord; il ne prend pas part à la constitution de l'orifice et se déchire facilement pendant l'opération.

Si, au contraire, les franges avaient déjà commencé à se pelotonner sur elles-mêmes, au moment où se sont constituées les adhérences, celles-ci s'établiront par une large surface péritonéale comme dans la fig. 9; le court canal qui va de l'ovaire à la trompe sera alors formé non seulement par le tissu de l'ovaire, mais encore par les franges du pavillon.

Il est une disposition que nous avons assez souvent trouvée et qui paraît plus délicate à expliquer, c'est celle où le pavillon paraît entrer dans la cavité ovarienne, soit que les franges nagent dans le liquide, soit qu'elles s'appliquent sur la paroi kystique.

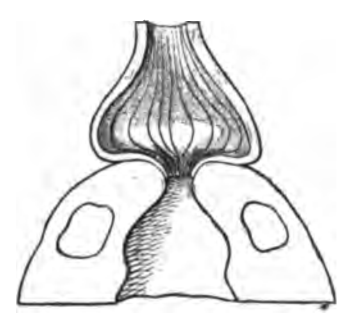


FIG. 9. — De larges adhérences entre les franges et l'ovaire entourent l'orifice salpingo-ovarien (schéma).

Pour se rendre compte de cette disposition, il faut supposer qu'au moment où s'est faite la perte de substance ovarienne établissant la communication, les franges étaient revenues sur elles-mêmes, comme dans la fig. 2; une fois l'ouverture établie, les franges dépelotonnées ont passé par cette ouverture pour nager dans le liquide (fig. 19), ou pour s'accoler aux parois, comme dans le schéma de la fig. 10 qui correspond à une très ancienne lésion.

Terminons en signalant la disposition dans laquelle la trompe et le kyste purulent ne communiquent pas directement, mais par l'intermédiaire d'une poche ouverte à ses deux extrémités (*Ki*, fig. 11). Les parois de cette poche paraissent s'être formées consécutivement à une péritonite localisée qui s'est peu à peu libérée de ses adhérences. Nous étudierons la formation de poches de cette espèce à propos des

kystes purulents coiffant le pavillon et libres d'autı adhérences.

Nous venons, dans ce chapitre, d'étudier les adhérenc que peuvent présenter le pavillon et l'ovaire. Disons un m

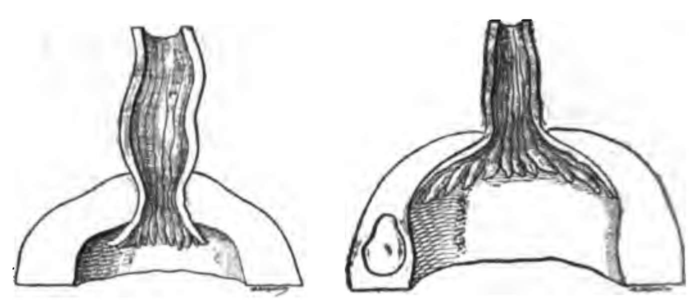


FIG. 10. — Les franges du pavillon ont pénétré dans le kyste ovarie elles nagent dans le liquide (schéma 1) où elles s'accolent aux par (schéma 2).

des adhérences de celui-ci avec les autres parties de trompe.

La forme la plus fréquente est la suivante : la corne ut rine est généralement libre et séparée de l'ovaire ; plus loi

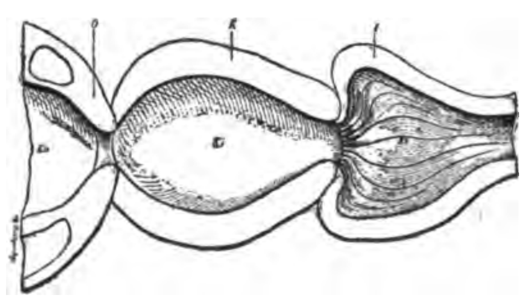


FIG. 11. — Le kyste ovarien (*Ko*) communique avec la cavité salpingien (*Kt*) par l'intermédiaire d'un autre kyste (*Ki*).

celui-ci adhère au corps de la trompe et les adhérence deviennent plus intimes à mesure qu'on se rapproche d pavillon.

Normalement la trompe et l'ovaire sont séparés par un cul-de-sac péritonéal, limité en avant et en arrière par les ailerons et descendant plus ou moins bas. Que devient ce cul-de-sac lorsque les deux organes contractent des adhérences ? On pourrait croire qu'il est soulevé peu à peu et s'efface ainsi, mais il n'en est rien : le cul-de-sac disparaît sur place par accolement des feuillets séreux.

Pour s'en bien rendre compte, il faut pratiquer des coupes en série, sur toute la longueur de la trompe.

En allant de l'utérus au pavillon, on trouve d'abord un point où l'adhérence de la trompe et de l'ovaire laisse un cul-de-sac au-dessous d'elle. Plus loin, ce cul-de-sac disparaît, mais on trouve encore au microscope les deux feuillets séreux appliqués l'un sur l'autre ; leur trajet est marqué par une traînée de leucocytes qui se trouvent, de même, abondants dans les lymphatiques voisins. Dans une de nos observations, de nombreux micro-organismes étaient, au niveau de l'adhérence, mêlés aux globules blancs.

Enfin, si l'on continue, on trouve une région où l'adhérence des organes est plus intime ; il n'existe plus trace de séreuse et la délimitation serait difficile entre l'ovaire et la trompe si l'on n'en avait suivi la limite dans la série des coupes. Le péritoine semble alors se continuer avec le revêtement de l'ovaire.

En se rapprochant encore du pavillon, on trouve la trompe faisant corps avec l'ovaire et comprise souvent dans la paroi d'un abcès ovarien.

c) *Fermeture du pavillon par adhérences exceptionnelles.*

Nous terminerons l'étude des modifications subies par le pavillon en parlant d'une forme qui n'a pas, à notre connaissance, été décrite en France ; que nous n'avons, pour notre part, jamais rencontrée, mais sur laquelle ont insisté plusieurs auteurs étrangers.

Dans cette forme, étudiée par Rosthorn (1), Desguin (2) et Zedel (3), la trompe se continue par un kyste ayant en moyenne le volume d'un œuf; ce kyste est libre de toute adhérence, dépourvu de pédicule, assez éloigné de l'ovaire pour qu'on ne puisse supposer qu'il s'est développé aux dépens de cet organe ; il ne tient qu'à la trompe qui lui sert de pédicule. Le revêtement du kyste est régulier et lisse ; ses parois sont plus épaisses à mesure qu'on se rapproche du pavillon ; le kyste contient du pus.

Après ouverture du kyste, on constate que le pavillon a pénétré intact en dedans et que les franges flottent dans le pus ; ces franges sont un peu épaisses, enflammées, mais non recroquevillées, sans adhérences, s'épanouissant dans le kyste.

Les auteurs ont beaucoup discuté sur la pathogénie d'une pareille disposition. Après avoir repoussé l'hypothèse d'une formation de paraophoron, d'un kyste dermoïde, d'une formation embryogénique, ils finissent tous par supposer que ce kyste est le résultat d'une pelvi-péritonite localisée autour du pavillon de la trompe. Des adhérences péritonéales se seraient formées, alors que le pus de la salpingite commençait à couler par le pavillon ; ces adhérences auraient englobé celui-ci et auraient ainsi constitué une petite cavité close ; la quantité de pus augmentant, la cavité aurait augmenté, les parois se seraient distendues ; les adhérences extérieures se seraient peu à peu détruites et le kyste aurait fini par se trouver libre autour du pavillon.

Quant à la situation du pavillon libre dans la cavité qui l'enveloppe, elle ne doit pas nous étonner et nous devons la rapprocher de la situation des pavillons flottant librement dans la cavité d'un petit kyste purulent de l'ovaire ; nous

---

(1) ROSTHORN. *Thèse de Billroth*. Stuttgard, 1891.

(2) DESGUIN. Collection purulente tubo-péritonéale. *Bulletin de la Soc. belge de gyn. et d'obs*, 1892, t. III, p. 98.

(3) ZEDEL. 1894.

avons admis dans ce dernier cas que le pavillon adhérait à la paroi du kyste alors que les franges commençaient à se recroqueviller ; elles s'étaient ensuite ouvertes comme les pétales d'une fleur, une fois les adhérences formées et le kyste ouvert.

Notons que dans l'observation de Zedel la salpingite lui a paru de nature blennorrhagique, quoiqu'il n'ait pas trouvé de gonocoques. Desguin a trouvé des gonocoques dans l'intérieur de la trompe et du kyste.

Nous venons dans ce chapitre de passer en revue les divers modes de terminaison et d'oblitération du pavillon ; mais nous avons laissé de côté toutes les adhérences que ce pavillon peut contracter avec les organes voisins ; nous étudierons cette question dans le prochain chapitre.

Remarquons cependant, dès à présent, que les adhérences avec les autres organes intéressent rarement le pavillon lui-même. Avant qu'elles ne s'établissent, les franges ont déjà contracté des adhérences avec elles-mêmes ou avec l'ovaire.

Nous avons cependant vu, dans un cas, le pavillon faisant suite à une trompe coudée s'aboucher contre la paroi utérine.

Nous l'avons encore vu abouché contre une anse d'intestin comme il l'eût été sur l'ovaire ; l'anse d'intestin fixée, formait en ce point un angle très aigu. Dans la petite cavité formée entre le pavillon et l'intestin se trouvait du pus contenant du bacterium coli. *(A suivre.)*

BLENNORRHAGIE ANO-RECTALE

Par **Henri Hartmann**, chirurgien des hôpitaux.

On a beaucoup discuté sur le plus ou moins de fréquence de la blennorrhagie ano-rectale, depuis que Hecker, en 1788, a pour la première fois constaté chez des pédérastes, hommes ou femmes, l'apparition d'un écoulement rectal. Tandis que Requin (1) la regardait comme devant paraître, d'une manière

(1) Requin. *Éléments de pathologie médicale*, t. V, p. 729.

presque certaine, chez tout individu s'étant soumis à la pédérastie passive avec un blennorrhagique, Tardieu (1) dit n'en avoir constaté qu'un seul fait. Gosselin (2), après trois ans passés à Lourcine, n'en avait de même noté qu'un exemple. Billroth, au contraire, décrit la blennorrhagie rectale, qui, suivant lui, pourrait, chez la femme, résulter de l'action des liquides irritants venus de la vulve, aussi bien que de la pédérastie passive, seule incriminable chez l'homme. Rollet (3), Allingham (4), Winslow (5), Martineau (6) en publient des observations isolées.

La question de la blennorrhagie ano-rectale restait toutefois discutée, lorsque Bonnière, en 1874, entreprit ses recherches expérimentales (7).

Prenant du muco-pus d'ophtalmie blennorrhagique, il barbouilla avec lui la région anale. Le troisième jour l'anus inoculé offrait des traces d'inflammation, et le sixième la blennorrhagie était évidente.

D'autre part, introduisant un tube émoussé dans le rectum, il fit pénétrer un pinceau de blaireau, imprégné de l'humeur anale et du muco-pus uréthral, bien au delà du sphincter. Il ne se développa aucune inflammation du rectum.

Aujourd'hui, la découverte du gonocoque par Neisser permet de préciser la nature blennorrhagique des écoulements, et constitue un véritable critérium de la maladie.

Le gonocoque a été constaté non pas seulement sur la muqueuse anale, mais aussi sur la muqueuse rectale, par

---

(1) TARDIEU. *Études médico-légales sur les attentats aux mœurs*, 1862, p. 179.

(2) GOSSELIN. Rétrécissement syphilitique du rectum. *Arch. gén. de médecine* ; Paris, 1854, t. I, p. 683.

(3) ROLLET. Article Anus, in *Dict. encycl. des sc. méd.*

(4) ALLINGHAM. *Diseases of the rectum*, éd. 1871, p. 237.

(5) WINSLOW. *Med. News*, Philad., XLIX, p. 180.

(6) MARTINEAU. *Leçons sur les déformations vulvaires et anales.*

(7) BONNIÈRE (A.). Recherches nouvelles sur la blennorrhagie. *Arch. génér. de méd.*, Paris, 1874, t. I, p. 404.

Neisser (1), par Wolf (2), par Frisch (3), par Tuttle (4), par Dock (5), etc.

Dans le cas publié par Franz Frisch, l'auteur a même pratiqué l'examen histologique de fragments de la muqueuse rectale excisés :

« Il s'agissait d'une fille de 17 ans atteinte de blennorrhagie uréthrale, et qui, dans les derniers temps, avait pratiqué plusieurs fois le coït par le rectum. Douleurs brûlantes, aiguës dans le gros intestin, devenant intolérables lorsque la malade va à la garde-robe, eczéma périanal ; la sécrétion qui s'écoule par l'anus contient de nombreux gonocoques, les uns libres, les autres renfermés dans des cellules de pus. Au spéculum, la muqueuse du gros intestin est très rouge, tuméfiée, recouverte de pus. A environ 4 centimètres au-dessus de l'anus, on voit une ulcération assez superficielle, irrégulière, qui plus tard augmente encore en étendue. Un traitement continué pendant six mois, avec des bains de siège, des lavages, des applications d'ouate ne modifièrent en rien la blennorrhagie rectale. La malade n'était pas guérie lorsqu'elle succomba sept mois plus tard à une phtisie pulmonaire aiguë.

---

(1) NEISSER. Principes du traitement de la blennorrhagie. *Deuxième Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie*, Vienne, septembre 1892, et *Annales de dermatologie*, Paris, 1892, p. 1169. — A la suite de la communication de Neisser, ALFRED STRAUB (de Prague) dit avoir constaté dans la sécrétion purulente jaunâtre s'écoulant de l'orifice anal, beaucoup de gonocoques, sans autres microbes.

(2) WOLF, cité par BUMM.

(3) FRISCH (FRANZ). Ueber Gonorrhoe rectalis. *Verhandl. de physik. med. Gesellsch. zur Würzburg*, t. XXV, n° 6, et *Annales de dermatologie*, Paris, 1892, p. 330.

(4) TUTTLE (JAMES P.). Gonorrhoea of the rectum. *Med. and surg. reporter*, New-York, 1892, t. I, p. 379. Pour être bien sûr de ne pas prendre de gonocoques dans la région anale, Tuttle commence par faire un lavage antiseptique de l'anus ; puis introduisant un spéculum de O'Neil, il retire la petite lame supérieure et recueille la sécrétion directement sur le rectum.

(5) DOCK (GEORGE). Gonorrhoea of the rectum. *Medic. News*, Philad., 1893, t. I, p. 235.

L'examen histologique des fragments de la muqueuse excisés pendant la vie et après la mort, montra dans les parties malades des lambeaux d'épithélium cylindrique, la disparition d'une partie des glandes de Lieberkühn, une prolifération atypique des glandes avec néoplasie conjonctive provenant des bords de l'ulcération. Une très forte infiltration de cellules rondes à un seul noyau s'étendait jusque dans la tunique musculaire du rectum ; par contre, l'immigration des gonocoques renfermés dans des cellules rondes, polynucléaires ou libres, ne dépassait pas les couches superficielles de la muqueuse.

« Leur présence était limitée aux parties de la muqueuse portant l'épithélium cylindrique, tandis que l'infiltration des cellules rondes descendait jusque dans la région du sphincter externe (1). »

La gonorrhée rectale existe donc d'une manière indubitable. Si Bonnière ne l'a pas observée dans ses expériences, cela tient peut-être à ce qu'elle ne se développe pas sur une muqueuse saine, et que des excoriations, des traumatismes légers, l'irritation préalable de la muqueuse par un coït anormal sont peut-être nécessaires pour permettre au gonocoque d'y pulluler.

Étiologie. — Le plus souvent consécutive à la pédérastie passive, la blennorrhagie ano-rectale peut cependant se développer dans d'autres conditions. On admet qu'il peut y avoir inoculation de la région par les liquides infectieux venus de la vulve. Dans un cas de Rollet, il s'agissait d'un malade qui, déjà atteint d'écoulement uréthral, en porta le

(1) Cette limitation des gonocoques aux couches les plus superficielles de la muqueuse, opposée à la diffusion de l'infiltration inflammatoire, se retrouve dans les salpingites blennorrhagiques. D'après les recherches encore inédites de M. Reymond, faites dans le service de notre commun maître le professeur Terrier, les gonocoques sont localisés à la couche épithéliale de la muqueuse tubaire, tandis qu'il existe des infiltrations inflammatoires, sans gonocoques, sous forme de traînées, dans le reste de l'épaisseur des parois, jusque sous la séreuse.

pus dans le rectum avec le doigt qu'il avait l'habitude d'introduire pour vaincre une constipation habituelle (1).

SYMPTOMES. — Le plus souvent, chez la femme, la blennorrhagie anale suit d'autres manifestations gonococciennes génitales ou urinaires. Toutefois, dans un cas unique de Nunn, l'inflammation avait débuté par l'anus pour envahir secondairement l'urèthre, puis le vagin (2).

A l'état aigu, la blennorrhagie anale présente tous les caractères d'une inflammation violente : c'est d'abord une sensation de chaleur qui arrive bientôt à se transformer en douleur cuisante. Lorsque l'inflammation est intense, la défécation est des plus pénibles, et il se produit même un léger mouvement fébrile avec élévation de la température, fréquence du pouls et malaise général. Au bout de deux à trois jours apparaît l'écoulement, d'abord laiteux, puis plus épais, jaune brun et très abondant. La muqueuse anale est molle et tuméfiée, œdémateuse ; elle est excoriée ; les érosions rappellent par leur forme, leur couleur, celles que l'on observe dans la balanite. Souvent, entre les plis tuméfiés, on voit se creuser des fissures très douloureuses.

Le plus souvent, l'inflammation ne s'étend pas au delà du sphincter ; lorsqu'elle monte plus haut, « la muqueuse rectale se tuméfie, prend une couleur rouge vif ; elle est extrêmement douloureuse, et saigne facilement au toucher. Le tout est baigné dans une sécrétion profuse de muco-pus épais qui dégoutte de l'anus incomplètement fermé par suite de la tuméfaction de ces plis. Çà et là on voit des plaques excoriées ou même réellement ulcérées » (Tuttle).

Les symptômes ne sont en général pas aussi aigus que nous venons de les décrire, et l'inflammation, si elle est limitée à l'anus, guérit facilement avec quelques soins de propreté. Elle peut toutefois persister à l'état chronique, et

(1) ROLLET. Article Anus, in *Dictionn. encyclop. des sc. méd.*

(2) NUNN (R.-J.). Recta gonorrhœa in the females. *The medical Standard*, Chicago, 1894, t. XVI, p. 58.

aboutir à la formation d'ulcérations à peu près indolentes mais rebelles. Nous rappellerons comme exemple en quelques mots l'histoire d'une malade que nous avons observée à Saint-Lazare, dans le service de notre ami le Dr Jullien.

Obs. — *Ulcération blennorrhagique de l'anus.* — M.., 17 ans, entrée le 15 mars 1894 à l'infirmerie de Saint-Lazare pour une blennorrhagie aiguë remontant à quinze jours. Une grosse goutte purulente apparaît à l'entrée de la vulve.

Quinze jours environ après son entrée, la malade se plaint de douleurs au niveau de l'anus qui saigne légèrement.

Le 7 avril, on note qu'à la base d'un repli de l'anus très hypertrophié se trouve une ulcération fissuraire qu'on traite par des attouchements de nitrate d'argent et des applications d'aristol.

Le 24, la blennorrhagie a envahi les glandes de Bartholin dont l'orifice est rouge.

Le 14 mai, la marge de l'anus est très érythémateuse ; sur la ligne médiane en avant, on voit un condylome mince qui masque une fissure large et profonde saignante et douloureuse, s'enfonçant profondément dans la région sphinctérienne. La malade souffre et saigne à chaque défécation. La sécrétion du canal uréthral contient de nombreux gonocoques.

En juin, les douleurs cessent, le col et le vagin sont en bon état.

En juillet, on ne trouve plus de gonocoques dans l'urèthre, mais *le pus anal est rempli de gonocoques.*

Le 15 octobre, on trouve toujours au niveau de l'anus une ulcération fissurique occupant la base d'un condylome mou en forme de capuchon. L'ulcération déplissée a un fond plat ; elle est d'une indolence absolue et ne pénètre pas dans le rectum qui est sain. Le pus pris à sa surface contient des quantités de gonocoques.

Lorsque la blennorrhagie envahit le rectum et y persiste à l'état chronique, la muqueuse, rouge, légèrement tuméfiée, a une surface finement granuleuse, semée d'exulcérations, sans qu'il y ait aucun symptôme révélateur autre qu'un écoulement muco-purulent par l'anus et une légère sensation de plénitude locale. Supérieurement les lésions vont s'éteignant progressivement à une petite distance de l'anus. Peut-être ces rectites blennorrhagiques subaiguës et chroniques

aboutissent-elles à la formation lointaine de rétrécissements. Aucun fait ne le prouve actuellement, mais la supposition est tout au moins possible, et tout nous porte à croire que la blennorrhagie peut ici déterminer des lésions analogues à celles qu'elle entraîne du côté de l'urèthre.

Traitement. — Le *traitement* consiste, pour la blennorrhagie anale, en des lavages répétés plusieurs fois par jour avec de l'eau boriquée ou avec une solution faible de sublimé. L'action antigonococcienne aujourd'hui bien établie du permanganate de potasse nous engagerait à l'essayer dans ces cas. Ces lavages seront suivis, après abstersion des parties, de l'application d'une poudre inerte, l'oxyde de zinc par exemple. Les condylomes seront excisés et les ulcérations cautérisées.

Lorsque la blennorrhagie a envahi le rectum, on fera des lavages de celui-ci. Dans ce but, Tuttle recourt à une canule spéciale, un irrigateur rectal qui permet de faire de grands lavages en distendant et déplissant le rectum.

Curling dit avoir, chez une malade, réussi à guérir une rectite blennorrhagique rebelle, par l'emploi à l'intérieur du baume de copahu.

Dans tous les cas, on aura soin de veiller à obtenir des garde-robes régulières, recourant pour cela, s'il y a lieu, à des moyens appropriés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 18 novembre 1894.

Apert. **Monstre pseudencéphale avec hernie ombilicale et malformations génitales. Naissance au terme de 7 mois. Mort peu après la naissance.**

Porak. **Rachitique mesurant 1 m. 30 de taille. Premier et deuxième**

accouchements terminés à terme par basiotripsie ; troisième accouchement provoqué, enfant mort. Bassin aplati avec redressement de la courbure du sacrum mesurant au diamètre promonto-sous-pubien 8 centim. 8. Quatrième accouchement, en travail, à terme. Symphyséotomie d'emblée. Mère bien portante. Enfant survit (1).

NITOT. **Hystérectomie totale sans morcellement par la voie vagino-abdominale combinée (des dangers du morcellement).** — Cette tumeur fibreuse a été enlevée sur une femme de 30 ans, mère de trois enfants, chez laquelle elle déterminait des accidents surtout de compression et des ménorrhagies. Suites opératoires excellentes, *guérison*. Dans le choix de la méthode opératoire, l'auteur fait entrer en ligne de compte la nécessité d'une désinfection rigoureuse, préalable de la cavité utérine. Quand cette cavité, ainsi qu'il arrive dans certains cas de fibrome, est très grande, anfractueuse, sa désinfection rigoureuse devient très aléatoire ; aussi, dans ces conditions, faut-il éviter l'hystérectomie par morcellement et donner la préférence à l'hystérectomie abdominale, totale, sans morcellement, et à la variété d'hystérectomie qui permet d'éviter le plus sûrement l'infection du péritoine par les germes infectieux contenus dans l'utérus. « Après avoir fait le curettage et la cautérisation préalable, nous avons, pour plus de sécurité, suturé au contact les lèvres du col ; puis, après avoir ouvert les culs-de-sac vaginaux comme au début d'une hystérectomie vaginale, après avoir facilement décollé la vessie, et placé une longue et forte pince à demeure sur la moitié inférieure des ligaments larges que nous avons sectionnés en dehors des annexes, nous pûmes enlever par le ventre avec la plus grande facilité la tumeur totale avec l'utérus d'un seul morceau, y compris le col utérin attenant à elle. Il a suffi de mettre une ligature à la soie sur la partie supérieure des ligaments larges avant de fermer le ventre, puis de placer par le vagin les pansements habituels de l'hystérectomie. »

Telle est la technique de choix. Mais, quand la désinsertion du

(1) M. Bar ayant présenté dans la séance suivante une femme symphyséotomisée par lui, sur laquelle on pouvait constater une mobilité très marquée des pubis, et cette présentation ayant été suivie d'une nouvelle discussion sur la symphyséotomie, nous attendons la fin de la discussion sur ce sujet pour la résumer. R. L.

col par le vagin paraît devoir être, sinon impossible, du moins très difficile, il faut recourir à l'hystérectomie abdominale totale avec libération du col par la voie abdominale. L'essentiel, c'est d'enlever la tumeur d'une seule pièce, sans ouverture de la cavité utérine, car pour les grosses tumeurs, il est impossible d'antiseptiser préalablement toute la cavité utérine.

Discussion. — Pichevin estime que la tumeur présentée par son collègue était un cas typique pour l'hystérectomie vaginale, avec morcellement, opération moins dangereuse certainement que l'hystérectomie vagino-abdominale, méthode opératoire d'ailleurs connue depuis plusieurs années (Bardenheuer, Boldt, Rouffort, Jacobs, etc.). Sur la question de la substitution complète de l'hystérectomie totale abdominale à l'hystérectomie partielle, avec pédicule extra-péritonéal ou intra-péritonéal, le jugement doit être encore réservé. Mais, on peut dire que l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe est considérée par la plupart comme étant moins grave que l'hystérectomie abdominale avec pédicule interne. D'une manière générale, il ne faut accorder qu'une valeur relative aux statistiques qui portent sur les résultats d'un grand nombre de chirurgiens et de gynécologistes. En France, les fibromes petits et moyens sont justiciables de l'hystérectomie vaginale qui permet même d'enlever avec une grande sécurité des tumeurs de volume relativement considérable. L'hystérectomie abdominale totale n'est guère de mise que pour les fibromes volumineux arrivant près de l'ombilic et le dépassant. Nitot reconnaît que la tumeur pouvait parfaitement être enlevée par le vagin. Mais, le point capital à ses yeux, c'est de ne pas ouvrir la cavité utérine, de s'efforcer le plus possible de prévenir une infection du péritoine. Il pense qu'avec cette condition, désinfection à fond de la cavité utérine ou non section de cette cavité, on ne court pas plus de risques parce que la tumeur sera plus volumineuse. Pichevin croit, au contraire, que le pronostic augmente de gravité avec le volume de la tumeur. Quant à la désinfection de la cavité utérine, nombre d'opérateurs s'en sont déjà fort préoccupés. Toutefois, il n'est pas sans intérêt de signaler un travail de Kœnig, assistant de Zweifel, dont la conclusion est que les germes contenus dans la cavité utérine seraient très rarement septiques. Quoi qu'il en soit, il est certain que les gynécologistes qui ont été dans la nécessité de faire passer un

col utérin à travers la cavité abdominale ont pris soin, comme M. Nitot, de désinfecter, aussi bien que possible, le segment inférieur de la matrice et d'éviter la chute des matières et des liquides septiques dans le péritoine.

NITOT. — **Une nouvelle valve opératoire**, dont le but est de supprimer un aide inutile, ou de remplacer, dans une occupation accessoire, celui qui peut être employé plus utilement.

Discussion : OLIVIER et DOLÉRIS contestent, d'une manière générale, les prétendus avantages de ces valves automatiques. Ces avantages sont fort illusoires. On y croit surtout aux débuts de la pratique, chacun imagine de ces sortes d'instruments, mais, bien vite, on se persuade qu'ils ne sauraient remplacer le concours d'un aide. R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, par le professeur S. TARNIER. Leçons professées à la clinique d'accouchements, recueillies et rédigées par le Dr J. POTOCKI. (G. Steinheil, éditeur.)

Ceux qui, il y a vingt ans à peine, ont suivi les services d'accouchements, se rappellent assurément les pénibles et douloureuses impressions qu'ils ont éprouvées, en voyant succomber tant de malheureuses femmes victimes de cette terrible *fièvre puerpérale* dont le nom seul jetait partout l'épouvante.

A cette époque, on était bien loin de supposer que la mortalité causée par les affections puerpérales, alors si grande, allait bientôt être abaissée à un tel point que des séries de centaines d'accouchements pourraient avoir lieu sans qu'on eût un seul décès à enregistrer.

Il appartenait d'exposer les causes d'une pareille transformation de l'état sanitaire dans les services d'accouchements, à celui qui, dès 1857, avait démontré la contagiosité de la fièvre puerpérale par ses *Recherches sur l'état puerpéral et les maladies des femmes en couches*, découverte si fertile en heureux résultats.

Le public médical sera reconnaissant au professeur Tarnier d'avoir publié les remarquables leçons qu'il a faites à ses élèves sur l'*asepsie et l'antisepsie en obstétrique*.

« C'est surtout, dit-il dans sa préface, du côté de la clinique proprement

dite que j'ai porté mon attention, et là j'ai dû entrer dans de grands développements, car pour faire vraiment de l'antisepsie obstétricale, il faut n'omettre aucune des minutieuses précautions qu'elle exige. J'ai d'ailleurs usé du privilège dont jouissent les professeurs de clinique, celui d'étudier avec prédilection tel sujet plutôt que tel autre, et je me suis laissé entraîner de propos délibéré, à parler longuement de certaines questions capitales, du lavage aseptique des mains par exemple, des hémorrhagies *post partum*, de la délivrance artificielle, etc. »

Ces quelques phrases montrent bien la ligne de conduite que M. Tarnier a suivie dans ces leçons qui ont été recueillies par le Dr Potocki avec un soin et une compétence dignes du sujet traité.

C'est donc le résumé de sa pratique hospitalière que nous donne le professeur Tarnier dans ce livre magistral qui aurait pu être également intitulé *Leçons cliniques d'obstétrique*, ainsi que l'auteur le dit lui-même.

Envisagé d'une façon générale, le plan de l'ouvrage ne comprend que trois grandes divisions : théorie, expérimentation, clinique ; mais, en réalité, il est divisé en dix parties, subdivisées elles-mêmes en un nombre plus ou moins considérable de chapitres.

Nous allons les passer brièvement en revue, en ne nous arrêtant que sur les points les plus importants, car il est bien difficile, sinon impossible, d'analyser en quelques paragraphes un livre qui ne contient pas moins de 830 pages.

M. Tarnier commence par des généralités sur les maladies puerpérales ; nous voudrions pouvoir citer tout au long les pages qu'il consacre, dans ce qu'il appelle modestement un préambule, à l'étiologie et à la contagion de l'infection puerpérale, tant elles résument clairement et simplement les diverses phases par lesquelles la science a passé pour arriver à l'état actuel de nos connaissances.

Toutefois, comme les diverses théories émises sur la pathogénie de la fièvre puerpérale ne répondaient pas à tous les faits observés dans les manifestations pathologiques de cette maladie, on la considéra alors comme une *fièvre essentielle*.

C'était, il est vrai, se payer de mots qui devenaient de vrais paravents scientifiques derrière lesquels se cachait l'ignorance du public médical. Aussi cette nouvelle théorie, qui ne rendait compte de la nature de cette fièvre puerpérale si bizarre et si protéiforme, ne tarda pas à être rejetée.

On chercha alors à expliquer par les lésions que l'anatomo-pathologiste rencontrait la véritable cause de la fièvre puerpérale, et on décrivit des maladies puerpérales distinctes suivant l'organe qui était atteint. Mais on se trompait encore. On prenait l'effet pour la cause.

On n'ignorait pas, il est vrai, que ces manifestations puerpérales étaient d'allure épidémique, mais la véritable cause en restait méconnue. « On s'inclinait devant le fléau, écrit M. Tarnier, on le subissait, mais on ne l'expliquait pas. »

Cependant vers le milieu du siècle dernier, un médecin anglais, White, avait émis l'hypothèse que la fièvre puerpérale pouvait bien être contagieuse, et Johnson, en 1769, avait déjà été frappé de la fréquence des affections puerpérales dans les hôpitaux, alors qu'on les rencontrait rarement dans la clientèle particulière. Mais, ces idées, loin d'être acceptées par tous, ne furent partagées que par un très petit nombre.

Kneeland, en 1846, résuma les opinions de quelques médecins anglais et américains dans une revue critique extrêmement remarquable. M. Tarnier reproduit textuellement les conclusions de ce travail, dans lequel Kneeland parle, non seulement de la contagiosité de la fièvre puerpérale, mais encore de son mode de propagation par les médecins, par la literie, par ceux qui font les autopsies, car si « la fièvre puerpérale est contagieuse dès le début, elle l'est encore après la mort : témoins les désastres qui surviennent dans sa clientèle, quand un médecin a pratiqué une autopsie de femmes en couches ».

Il est difficile d'être plus clair et plus précis. Malgré cela, ces idées n'étaient admises ni en France, ni en Allemagne, quand Semmelweis, en 1847, alors assistant à la maternité de Vienne, fut frappé de la différence de la mortalité qui existait dans la clinique fréquentée par les étudiants comparée à celle que l'on observait dans la clinique suivie par les sages-femmes. Dans la première, l'état sanitaire était déplorable ; dans la seconde, il était relativement bon. Il se demanda si le fait de pratiquer des autopsies, de faire des exercices de médecine opératoire sur des cadavres n'était pas la cause de cette différence ; si les étudiants, dont les doigts étaient plus ou moins contaminés, puisque, malgré les lavages, l'odeur cadavérique persistait, n'infectaient pas les femmes qu'ils examinaient. Semmelweis fit des expériences sur des lapines qui venaient de mettre bas et fut amené à penser que « la putréfaction des chairs mortes engendrait la décomposition des tissus vivants ».

La conséquence était que l'accoucheur devait, par des lavages répétés avec une solution désinfectante, enlever les matières putrides qui pouvaient être restées adhérentes à ses doigts et qui deviendraient toxiques si elles étaient introduites dans les parties génitales des femmes en travail.

Ces conseils furent mis en pratique et la mortalité dans la clinique suivie par les étudiants s'abaissa et devint semblable à celle de la clinique réservée aux élèves sages-femmes qui n'allaient pas à l'amphithéâtre et ne faisaient pas d'autopsies.

« Ainsi Semmelweis, écrit M. Tarnier, a eu le grand mérite de toucher du doigt la vérité, et d'indiquer du même coup un moyen antiseptique capable de prévenir l'éclosion des accidents.

Cependant, ajoute-t-il, il n'avait raison qu'à demi. En effet, quand les femmes sont infectées par les matières cadavériques, c'est l'infection putride qui se déclare et non pas la fièvre puerpérale au sens propre du mot, à moins qu'il ne s'agisse d'une femme morte elle-même de cette fièvre. Les

deux maladies, quoique graves et souvent mortelles toutes deux, sont distinctes au point de vue des symptômes et de l'anatomie pathologique ; dans la fièvre puerpérale on trouve à l'autopsie des lésions bien déterminées et suppuratives ; dans l'infection putride, pas de lésions nettes, pas de pus dans les organes ; la fièvre putride est une sorte d'œdème malin qui ordinairement ne produit pas de suppuration. Dans l'une et l'autre maladie, les microbes sont d'ailleurs différents. »

Les conseils de Semmelweis ne furent pas plus écoutés que ceux de Kneeland et les accoucheurs continuaient, comme par le passé, à être divisés en deux camps, celui des essentialistes et celui des localisateurs, quand, en 1856, M. Tarnier fut nommé interne à la Maternité.

L'auteur rappelle que pendant son internat, il fut le témoin d'une de ces épidémies terribles qui faisaient de si nombreuses victimes parmi celles qui venaient demander un asile dans cet hôpital ; il raconte en termes émus les impressions que lui causa ce funèbre spectacle. « Du 1er au 10 mai, on compta 32 accouchements et on enregistra 31 décès ! »

En présence d'un pareil désastre, effrayé, il interrogea ses maîtres qui lui répondirent qu'il en était de même dans la clientèle civile, que l'épidémie y régnait aussi bien qu'à l'hôpital. « Cela a toujours été ainsi, lui dirent-ils, cela sera toujours. »

M. Tarnier ne s'était pas contenté d'une pareille réponse. Ignorant à cette époque, les travaux de Kneeland et ceux de Semmelweis, il avait résolu de rechercher la cause de ces épidémies et les moyens d'y remédier.

M. Tarnier relate les pénibles et laborieuses investigations qu'il entreprit, les travaux auxquels il se livra. Ces travaux ont été consignés dans sa thèse ; ils lui avaient permis d'établir nettement que la mortalité était « dix-sept fois plus considérable à l'hôpital qu'à domicile ». Dès lors, le *génie épidémique* n'était pas le véritable coupable ; il fallait chercher autre chose et il était fatalement amené à admettre la contagion de la fièvre puerpérale comme étant la cause des épidémies qui ravageaient les hôpitaux. « Ma conviction, écrit-il, fondée sur les chiffres de mes relevés comparatifs, fut absolue, et j'affirmai, statistique en main, mathématiquement pour ainsi dire, que la fièvre puerpérale est contagieuse. »

Mais s'il y a contagion, quel en est l'agent? L'auteur dit quelles sont les expériences qu'il avait faites pour découvrir ce *miasme contagieux* dont l'existence ne lui paraissait pas douteuse, les recherches microscopiques qu'il avait entreprises avec M. Vulpian, pour le voir.

Cependant, si l'examen histologique fut négatif, si, comme Villemin pour la tuberculose, M. Tarnier n'a pas vu l'élément qui rendait virulents les liquides produits par la fièvre puerpérale et capables de la propager, il avait, comme lui, nettement établi la contagiosité de l'affection qu'il étudiait, et cela d'une façon si péremptoire qu'il eut la bonne fortune de convertir à ses idées quelques-uns de ses maîtres.

Plus heureux que Kneeland et que Semmelweis, M. Tarnier vit ses recherches être le point de départ de nouveaux travaux extrêmement importants ; ceux de Husson 1862, de Malgaigne 1864, de Léon Le Fort 1866, etc. ; il les résume et tous arrivent à la même conclusion, vraie il y a trente ans, que « partout les décès sont plus nombreux à l'hôpital qu'en ville ».

Mais si la fièvre puerpérale est contagieuse, quel est l'agent de cette contagion ?

M. Tarnier rappelle successivement les recherches de MM. Coze et Feltz, à Strasbourg, qui les premiers, en 1869, découvrirent dans le sang et dans les lochies des accouchées malades des micro-organismes en points mobiles et en petites chaînettes ; ceux de Pasteur, qui, en 1879, trouva dans le sang des femmes mortes de fièvre puerpérale des streptocoques qu'il réussit à isoler et à cultiver, ce qui lui permit d'expliquer la genèse de la fièvre puerpérale. Il rapporte aussi les travaux de Doléris 1880, de Chauveau 1882, de Widal 1889, etc., et résume en ces termes les résultats de ces importantes découvertes :

« Mayerhofer a constaté la présence de vibrions dans les lochies des femmes atteintes de fièvre puerpérale.

Coze et Feltz ont vu, dans le sang de ces malades, des microbes en chaînettes et les ont dessinés avant Orth.

M. Pasteur a isolé et cultivé ces microbes ; il en a injecté les cultures aux animaux, et a pu reproduire sur eux la maladie ; il a donc le premier caractérisé définitivement le micro-organisme le plus important de la fièvre puerpérale, et M. Doléris a développé et vulgarisé les idées de son maître, M. Pasteur.

Enfin MM. Chauveau, Arloing et Widal ont démontré que le même microbe, le streptococcus pyogenes, peut produire à lui seul toutes les formes, graves et légères, rapides et lentes, de la fièvre des nouvelles accouchées. »

Après avoir rapidement examiné la morphologie des trois principaux microbes, le *streptococcus pyogenes*, le *staphylococcus aureus* et le *vibrion septique*, que les accoucheurs doivent surtout redouter, M. Tarnier fait voir l'influence de ces nouvelles doctrines étiologiques, sur la mortalité dans la puerpéralité.

Elle se résume en trois chiffres.

De 1858 à 1869, pendant ce que l'auteur appelle la *période d'inaction*, la mortalité à la maternité de Paris était de 9,31 p. 100.

De 1870 à 1880, M. Tarnier étant parvenu à mettre à exécution dans son service les préceptes qui étaient conformes aux idées qu'il avait émises dans sa thèse en 1857, isolement des malades, séparation du personnel hospitalier, vit, pendant cette *période de lutte contre la contagion*, la mortalité tomber de 9,31 p. 100 à 2,32.

Enfin, de 1881 à 1889 commence la période actuelle ou *période d'antisepsie* et la léthalité s'abaissa encore, elle tomba à 1,05 p. 100.

« A l'origine, écrit-il, il mourait à la maternité une accouchée sur 10 ; j'obtiens l'isolement des malades, et aussitôt la mortalité diminue, et il n'en meurt plus qu'une sur 100. »

Inutile d'insister devant l'éloquence de pareils chiffres, surtout quand on songe que ce sont des vies humaines dont il s'agit !

Ces microbes, causes de la fièvre puerpérale, se trouvent partout ; ils se trouvent dans l'air et M. Tarnier expose les intéressantes recherches de M. Miquel sur les organismes vivants dans l'atmosphère ; ils se trouvent dans l'eau qui peut leur servir de véhicule, et l'auteur rappelle le travail sur les eaux de la Seine et de la Vanne, de son préparateur M. Vignal si prématurément ravi à la science ; ils se trouvent sur les vêtements, sur les femmes qui viennent accoucher, et surtout sur les mains des personnes appelées à leur donner des soins qui deviennent inconsciemment de véritables porte-toxiques.

« Nous sommes donc obligés, vivant au milieu d'eux, de prendre les soins les plus minutieux pour défendre nos accouchées contre leurs attaques. »

La deuxième partie du livre de M. Tarnier est consacrée à l'étude des maternités au point de vue de l'antisepsie.

Il ne nous est malheureusement pas possible de suivre l'éminent professeur de la clinique de la rue d'Assas dans les détails qu'il donne dans cette partie de son ouvrage, où il passe successivement en revue les bâtiments, le mobilier, la salle d'accouchements, les moyens de purification de l'eau, les lavabos, la literie, les sondes et les divers objets de pansements. Nous sommes obligé de nous limiter, mais ceux qui liront ces pages pleines d'intérêt et si riches en faits pratiques verront qu'elles ont été écrites par un accoucheur qui juge avec le grand sens clinique que nous lui connaissons et que nous avons eu si souvent l'occasion d'apprécier.

En un mot, pour me servir d'une expression banale, mais qui rendra bien, j'en suis persuadé, l'impression du lecteur, on sent que ce qu'écrit l'auteur est bien ce qu'il a vu et mis en usage, qu'en un mot « c'est vécu ».

On verra aussi qu'il ne suffit pas d'avoir de beaux bâtiments et des appareils perfectionnés pour obtenir de bons résultats. Ils deviendraient insuffisants, si on négligeait de se pénétrer de l'importance du rôle que doit jouer la *propreté* la plus absolue. M. Tarnier voudrait que ce mot fût écrit partout dans une maternité. Car la *propreté est la condition primordiale d'une bonne antisepsie.*

Cependant cette propreté si nécessaire, seule, est encore insuffisante. Elle constitue un acheminement vers la méthode antiseptique qui détruit les microbes, mais elle ne saurait la remplacer. Aussi, l'eau, même aseptisée par une ébullition préalable, n'atteint pas, comme le pensait M. Lancry, le but proposé.

Elle ne donne qu'une fausse et dangereuse sécurité. M. Tarnier le démontre d'une manière évidente dans la troisième partie de son ouvrage.

Au contraire l'eau surchauffée, à 115 degrés, est excellente, parce qu'elle est vraiment stérilisée, mais comme pendant son emploi des germes pathogènes peuvent y tomber et que, de plus, elle est assez difficile à obtenir à cette température, mieux vaut y ajouter des solutions antiseptiques dont l'action microbicide donne toute sécurité.

M. Tarnier consacre la quatrième partie, une des plus importantes de son livre, à l'étude des divers agents indispensables pour faire une antisepsie vraie et efficace.

Comme en obstétrique les microbes qu'il faut avoir principalement en vue sont le streptocoque, le staphylocoque et le vibrion septique, M. Tarnier fit faire, sous sa direction, par son préparateur M. Vignal, une série de recherches expérimentales relatives à l'action des principaux antiseptiques usités dans les maternités sur ces trois éléments microbiens.

Dans une première série d'expériences, ils ont cherché à établir la dose nécessaire pour *empêcher le développement* de streptocoques et de staphylocoques introduits immédiatement auparavant dans des bouillons de culture préalablement stérilisés.

Puis ils cherchèrent à déterminer la dose d'antiseptique *capable de tuer* ces deux sortes de microbes en voie de développement.

Enfin, ils s'efforcèrent de déterminer le *temps de contact strictement nécessaire* à une solution antiseptique pour arriver à détruire ces microbes, soit quand ils sont développés sur un fil, soit lorsqu'ils se trouvent dans l'épaisseur d'une flanelle feutrée, etc. Après avoir varié ces conditions d'expérimentation, ils ont divisé les antiseptiques en deux catégories.

Les uns, tels que l'acide borique, le naphtol, l'acide salicylique, la créoline, le chloral, etc., sont, au point de vue obstétrical, sans grande valeur et d'une efficacité très restreinte; les autres, tels que le lysol, le thymol, etc., sont beaucoup plus actifs et, parmi eux, il s'en trouve sept d'un emploi pratique et méritant une place spéciale. On peut les classer dans l'ordre suivant qui indique le degré de la puissance antiseptique de leurs solutions préparées au titre le plus compatible avec les exigences de la clinique.

1° Le bichlorure de mercure à 0,20 p. 1000 (2 minutes);

2° Le biiodure de mercure à 0,25 p. 1000 (6 minutes);

3° L'iode métallique à 3 p. 1000 (8 minutes);

4° La microcidine à 4 p. 1000 (8 minutes);

5° L'acide phénique à 20 p. 1000 (10 minutes);

6° Le sulfate de cuivre à 5 p. 1000 (10 minutes);

7° Le permanganate de potasse à 0,25 p. 1000 (10 minutes).

MM. Tarnier et Vignal reproduisirent sur le vibrion septique toutes les expériences qu'ils avaient faites sur le staphylocoque et sur le streptocoque, en ayant soin toutefois de soustraire leurs cultures à l'action microbicide de l'oxygène, le vibrion septique étant anaérobie. Les résultats obtenus sont à peu près les mêmes que pour les deux microbes précédents. Le bichlorure

de mercure reste encore l'antiseptique le plus énergique en présence du vibrion septique et de ses spores; mais, ainsi que le fait remarquer M. Tarnier, le sublimé est un sel éminemment toxique, et, dans les injections intra-utérines son séjour prolongé dans la cavité utérine est dangereux. On est obligé de faire suivre chaque injection d'un lavage avec un liquide indifférent qui entraîne l'excès de sublimé qui pourrait être resté dans l'utérus. Son action en est amoindrie. Les expériences ayant démontré qu'après une injection de bichlorure de mercure suivie d'un lavage, le vibrion septique n'était détruit qu'au bout de quarante minutes, tandis qu'après une injection avec de l'acide phénique à 20 p. 1000, qui peut être employé sans lavage consécutif, le microbe était détruit au bout de 10 minutes, il en résulte au point de vue clinique, que pour les injections dans la cavité de l'utérus, dans les cas d'infection putride, l'avantage resterait à l'acide phénique si cet avantage n'était pas contrebalancé par des dangers d'intoxication rapide.

M. Tarnier examine ensuite les divers antiseptiques, qu'il étudie avec un soin tout particulier. Il ne craint pas d'entrer dans les plus petits détails, sachant combien grande peut être leur importance au point de vue clinique, point de vue dont il ne se départit jamais dans tout le courant de son livre, qui reste bien un livre de clinique dans la plus large acception du mot.

C'est ainsi qu'il étudie successivement l'acide phénique, le sublimé corrosif, le biiodure de mercure, le sulfate de cuivre, le thymol, le permanganate de potasse, l'acide salicylique, l'acide borique, le naphtol, l'hydrate de chloral, la créoline, l'oxycyanure de mercure, l'iode, les couleurs d'aniline et de quinoléine, la microcidine, le lysol, le fluochlorure de calcium, l'iodoforme et le salol. Il montre les avantages et les inconvénients de chacun d'eux au point de vue obstétrical, tels que ses expériences faites avec M. Vignal lui ont permis de les constater.

Les pages qu'il consacre notamment à l'acide phénique, au sublimé, à la microcidine, à l'iode et à l'iodoforme sont particulièrement intéressantes. Il montre que chacun de ces antiseptiques a des indications spéciales, que chacun est d'un usage bien déterminé. C'est ainsi qu'il conseille l'emploi du sublimé à la dose de 0 gr. 20 pour 1000 pour le lavage des mains, la désinfection des objets de pansement, pour la toilette des organes génitaux externes, pour le pansement prophylactique des seins, pour les injections vaginales, s'il n'y a pas d'albuminurie.

La microcidine ou naphtolate de soude, qui à la dose de 4 grammes pour 1000 est efficace sans être toxique, a son emploi dans les injections vaginales et dans les injections intra-utérines.

L'acide phénique à 20 pour 1000 est surtout réservé à la désinfection des instruments. Ce n'est que dans les cas, heureusement rares, d'infection putride causée par la rétention du placenta ou des membranes, que M. Tarnier en fait usage comme injections vaginales et intra-utérines. Encore lui préfère-t-il

l'iode, la microcidine et le permanganate de potasse dont la puissance antiseptique est à peu près la même et qui n'ont pas l'inconvénient de produire des syncopes comme on peut en observer quand on fait usage de l'acide phénique.

Le permanganate de potasse à 0,50 p. 1000 est aussi un bon antiseptique. M. Tarnier estime qu'il est surtout indiqué dans les cas de fétidité des lochies qu'il désinfecte mieux que tout autre agent antiseptique.

Le lecteur trouvera dans cette partie du livre de M. Tarnier la critique clinique de tous ces microbicides dont il apprendra à connaître la valeur, les avantages, les inconvénients et les dangers.

Les antiseptiques étudiés et expérimentés, M. Tarnier, fidèle au programme qu'il s'est imposé et qui, on s'en souvient, se résume en trois mots, théorie, expérimentation et clinique, passe à la troisième partie de son plan, à la partie essentiellement clinique.

Il étudie les diverses *applications de l'antisepsie à la pratique de l'obstétrique* dans une série de chapitres successivement consacrés à l'asepsie du personnel d'un service d'accouchements, à l'antisepsie de la femme enceinte, à l'antisepsie pendant l'accouchement, pendant la délivrance normale, à l'antisepsie relative aux hémorrhagies consécutives à la délivrance, au traitement antiseptique des déchirures des organes génitaux produites pendant l'accouchement, à l'antisepsie relative à la délivrance artificielle, au traitement antiseptique de la rétention des membranes, du placenta à terme, à l'antisepsie dans l'avortement, et enfin, à l'antisepsie pendant les opérations que l'accoucheur est appelé à pratiquer.

Nous voudrions pouvoir suivre le maître dans les judicieux préceptes qu'il donne dans cette partie de son livre si utile aux accoucheurs. Ces conseils sont le résultat d'une pratique hospitalière déjà longue. Rien n'est laissé au hasard, tout y est raisonné, discuté et motivé.

Mais de pareilles leçons faites toutes de détails, dont l'importance, il est vrai, n'échappera à personne, sont bien difficiles, sinon impossibles, à résumer. On pourra même trouver au premier abord, qu'il y a parfois un peu d'exagération dans les mesures antiseptiques qui sont conseillées. Cependant pour arriver au but proposé « mieux vaut l'exagération qu'un laisser-aller qui n'est pas sans danger », « car pour faire vraiment de l'antisepsie obstétricale, il faut n'omettre aucune des minutieuses précautions qu'elle exige ». D'ailleurs, rien de ce qui nous rapproche de la perfection dans l'antisepsie ne saurait être considéré comme superflu et taxé d'inutile.

M. Tarnier l'a bien compris, et pour ne citer qu'un exemple, le simple fait de se laver les mains, a été, de sa part l'objet d'une étude minutieuse et approfondie. Il rapporte aussi les expériences qui ont été faites à ce sujet par Forster, par Kümmel, et surtout par Fürbringer, et est amené à formuler, en ces termes, les moyens à suivre pour arriver à obtenir l'asepsie des mains.

« Les ongles étant coupés courts, je vous conseille donc, dit-il, la série des actes suivants, qui demandent environ 3 à 5 minutes :

1° Savonnage et brossage des mains, des doigts et des ongles avec la solution de sublimé à 0,40 p. 1000, pendant une minute au moins.

2° Toilette des sillons unguéaux avec un linge humide et au besoin avec un cure-ongle en bois ;

3° Lavage à l'alcool à 80 degrés pendant une minute ;

4° Nouveau lavage des mains au sublimé (sans savon).

L'alcool n'a d'autre but que d'enlever les matières grasses de l'épiderme, et de rendre plus efficace l'action du sublimé avec lequel on se lave les mains en terminant. »

Enfin, poussant plus loin les précautions, M. Tarnier recommande encore, avant de pratiquer le toucher, de plonger les mains dans une solution de permanganate de potasse à 2 p. 1000. Lorsque le permanganate adhère bien à l'épiderme, c'est-à-dire lorsque les mains, ayant été entièrement débarrassées des matières grasses qui les recouvrent, deviennent *uniformément* brunes, on peut être assuré de leur désinfection *totale*. Ce sel tuant les microbes qui se trouvent à la surface de la peau « là où celle-ci se colore en brun », devient ainsi un excellent agent antiseptique, se contrôlant en quelque sorte par lui-même. Cette coloration disparaît facilement ; on sait qu'il suffit de plonger les mains pendant quelques instants dans une solution étendue de bi-sulfate de soude pour leur rendre leur blancheur habituelle.

Or, nous savons tous que c'est à une asepsie insuffisante des mains de ceux qui soignent les femmes enceintes ou accouchées que l'on doit attribuer le plus grand nombre des infections puerpérales. Il faut donc que les mains des accoucheurs et des aides soient parfaitement aseptiques. « Je le dis bien haut, dit M. Tarnier, et je ne le répéterai jamais assez, car c'est le point capital de l'antisepsie obstétricale. »

La sixième partie de cet ouvrage traite de l'*antisepsie pendant les suites de couches*. Elle est également très importante et ne compte pas moins de 130 pages.

M. Tarnier y étudie successivement l'antisepsie chez les nouvelles accouchées bien portantes, puis l'antisepsie relative à quelques complications des suites de couches telles que rétention des membranes, déchirures du périnée, fétidité des lochies, etc. Mais c'est particulièrement l'antisepsie dans l'infection puerpérale qui occupe son attention. Il examine notamment, avec un soin remarquable, les injections intra-utérines, dans leur manuel opératoire, dans leurs indications, dans les accidents qu'elles peuvent faire naître et dans les intoxications qui suivent leur emploi.

Parlant du choix d'un antiseptique pour les injections intra-utérines, M. Tarnier pense que parmi les antiseptiques qui *peuvent* être employés, l'iode est celui qui doit être placé au premier rang.

L'iode métallique, à la dose de 2 ou 3 grammes pour 1000 d'eau distillée

additionnée de 6 grammes d'iodure de potassium, est de tous les antiseptiques celui qui lui a donné les résultats les plus satisfaisants. L'auteur attribue son efficacité non seulement à sa puissance microbienne, « mais encore à la facilité avec laquelle il pénètre dans l'épaisseur des tissus ». C'est un antiseptique de *pénétration*.

Le permanganate de potasse n'est pas aussi actif ; la microcidine et l'acide salicylique sont encore moins efficaces. Les autres antiseptiques tels que le sublimé corrosif, le biiodure de mercure, l'acide phénique, le lysol, le sulfate de cuivre sont très énergiques, mais M. Tarnier les considère comme trop dangereux en injections intra-utérines pour en conseiller l'usage habituel.

Quant à l'acide borique et au naphtol, leurs pouvoirs antiseptiques sont trop faibles pour mériter d'être utilisés.

Ces injections intra-utérines, M. Tarnier n'en fait pas seulement usage lorsqu'il y a de la fièvre, de la céphalalgie, de la fétidité lochiale, en un mot, quand les manifestations infectieuses sont nettement établies ; il en fait « dès que l'indication est posée. Mieux vaux, dit-il, faire une injection intra-utérine inutile qu'une injection trop tardive. Ici, comme à la guerre, il ne faut pas se laisser gagner de vitesse par l'ennemi ».

Il va même plus loin ; depuis plusieurs années, il fait faire, immédiatement après la délivrance, une injection intra-utérine à toutes les femmes qui accouchent dans son service. Il trouve à cette manière de faire deux avantages : d'une part l'antisepsie de la cavité utérine est assurée, et d'autre part, l'élévation de la température de l'injection qui est de 48 degrés sollicitant énergiquement la contractilité utérine, met la nouvelle accouchée à l'abri d'une hémorrhagie et des conséquences qu'elle entraîne. « Si donc, on conteste leur utilité au point de vue antiseptique, du moins, écrit-il, on ne saurait en nier l'action hémostatique. »

Dans la partie relative à *l'antisepsie pendant la lactation*, M. Tarnier s'occupe surtout de la prophylaxie des abcès de la mamelle, qu'il pratique au moyen de compresses imbibées d'une solution de sublimé à 0,20 pour 1000 qui sont appliquées sur les seins. Pour éviter l'évaporation, on place sur chaque compresse un morceau de taffetas gommé et le tout est maintenu par un bandage de corps souple, en tarlatane. Quand la mère veut donner à teter, on enlève une des compresses et on lave le sein avec de l'eau bouillie ou avec de l'eau boriquée.

La tetée terminée, le sein lavé de nouveau, on refait le pansement et on continue ainsi pendant trois à quatre semaines, si les mamelons ne présentent rien d'anormal. M. Tarnier se loue beaucoup de ce traitement prophylactique qui lui a permis de « compter plus de 4,000 accouchements sans un seul abcès du sein. »

L'antisepsie chez le nouveau-né n'a pas été oubliée. Elle est étudiée avec soin et M. Tarnier consacre notamment un certain nombre de pages très intéressantes au traitement préventif et curatif de l'ophtalmie purulente,

qui faisait, jadis, tant de victimes, puisque 40 pour 100 des aveugles l'étaient depuis leur naissance. Maintenant ils sont, on le sait, bien moins nombreux, grâce à Neisser qui, en 1878, reconnut dans le pus de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés le même microbe que celui qui existait dans les sécrétions des vaginites blennorrhagiques.

C'est cette découverte qui permit à Crédé de formuler, en 1881, le traitement prophylactique de l'ophtalmie purulente qui devait, dès lors, viser un double but : la désinfection génitale de la mère avant l'accouchement, celle des yeux de l'enfant immédiatement après la naissance.

M. Tarnier continue ensuite par des considérations très instructives sur l'*antisepsie dans la clientèle des médecins* et *dans celle des sages-femmes*. Les uns et les autres trouveront dans les pages écrites sur ce sujet des conseils de *déontologie antiseptique* qu'ils chercheraient vainement ailleurs, et qui leur seront d'un grand secours lorsqu'ils se trouveront en présence des difficultés de la pratique. Ils apprendront, ce que souvent on est trop disposé à oublier, que : « sans une propreté parfaite l'antisepsie est illusoire ; ...que mieux vaut une antisepsie bien faite avec un antiseptique de médiocre valeur, qu'une antisepsie imparfaite avec un bon antiseptique. Propreté aseptique d'abord, antisepsie ensuite ».

De nombreuses citations bibliographiques ont été faites dans le courant de ces leçons. M. Potocki les a scrupuleusement vérifiées, et, sur la demande de l'auteur, les a reproduites autant de fois que cela était nécessaire, supprimant ainsi les *loco citato* qui ne sont souvent, hélas, pour ceux qui veulent les vérifier, que de véritables *culs-de-sac bibliographiques*. Cette amélioration mérite d'être imitée.

Cet ouvrage, dont l'impression est remarquable, contient, outre un certain nombre de figures disséminées dans le texte, trois planches chromo-lithographiques relatives aux éruptions cutanées que M. Tarnier a observées dans un cas d'intoxication mortelle par le bichlorure de mercure, survenue à la suite d'injections intra-utérines contenant seulement 20 centigr. de sublimé par litre.

Enfin, M. Tarnier termine son livre par un relevé statistique de la mortalité maternelle dans son service de la Clinique d'accouchement, pendant les six dernières années qui viennent de s'écouler. La totalité des décès y est descendue à 87 p. 100, et dans ce chiffre, la mortalité par infection ne figure que pour 26 p. 100. Que l'on compare ces chiffres avec ceux de l'ancienne mortalité (9,31 p. 100) et l'on est aussitôt frappé de l'importance extraordinaire des progrès accomplis.

En 1864, dans l'un de ses mémoires, M. Tarnier disait qu'avec des mesures hygiéniques bien comprises pour lutter contre la contagion, on pourrait chaque année, à Paris seulement, préserver de la mort 545 nouvelles accouchées. Ce chiffre est aujourd'hui dépassé. Ce qu'on pouvait alors considérer comme une utopie, est actuellement réalisé, non seulement à Paris, mais dans le monde entier. Que de mères de famille doivent la vie à l'antisepsie, sans s'en douter !

Je m'arrête. Je suis persuadé que tous ceux qui liront cet ouvrage éprouveront le même sentiment que moi ; ils seront heureux et fiers que ce livre ait été écrit par un compatriote ; il fait le plus grand honneur à la clinique obstétricale française. ALPHONSE HERRGOTT.

REVUE ANALYTIQUE

Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale pour carcinôme. Professeur MANGIAGALLI. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, novembre 1894, p. 743.

Après avoir énuméré toutes les grandes statistiques récentes, le professeur Mangiagalli conclut : 1° la mortalité après l'hystérectomie pour cancer de corps est supérieure à celle de l'hystérectomie pour cancer du col ; 2° ce qui domine le pronostic, c'est la diffusion des lésions au vagin et aux ligaments larges ; 3° l'importance de la technique opératoire est moins grande que celle de la proposition précédente. Suit le résumé de 88 observations.

P. MAUCLAIRE.

Modification à l'opération de l'hystérectomie vaginale (ouverture dernière du Douglas). Dr DESGUIN, d'Anvers. *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, mai 1894.

L'auteur désire attirer l'attention sur l'utilité qu'il peut y avoir à empêcher dans certains cas donnés la contamination du péritoine. On ne fait donc tout d'abord que l'incision du cul-de-sac vaginal antérieur ; avec le doigt on se crée un passage entre la face postérieure du ligament large et le péritoine, on sectionne ensuite les ligaments larges, et l'utérus ne tenant plus que par le cul-de-sac de Douglas, celui-ci est coupé aux ciseaux ou au thermocautère.

P. M.

L'hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibro-myôme utérin. Traitement rétro-péritonéal du pédicule. Résultats de 26 cas, tous terminés par la guérison. Dr LEONTE. *Rev. chirurgie*, juin 1894.

Après section et ablation de la tumeur la muqueuse du canal utérin est cautérisée, et Leonte adopte la méthode qui consiste à faire la suture en surjet et au catgut des lambeaux utérins. Le moignon utérin est couvert avec les lambeaux séreux, de cette manière la cavité péritonéale est complètement fermée en bas.

P. M.

Du massage gynécologique en Suède. Dr J. Rendu, *Lyon médical*, 2 septembre 1894.

L'auteur décrit ce qu'il a vu... et ce qu'il n'a pas vu. Des prolapsus utérins complets auraient été guéris par Brandt, le père de la méthode, grâce aux manœuvres dites d'élévation.

Ne pas provoquer de douleur chez la malade, faire des séances courtes, s'abstenir complètement s'il y a de la fièvre, et avant tout bien faire son diagnostic pour ne pas s'exposer, s'il y a du pus collecté quelque part, à le faire passer dans le péritoine, telles sont les règles de la méthode. Les indications sont nettes dans les cas d'œdème douloureux entourant certaines tumeurs abdominales, dans les cas anciens de phlegmons indurés des ligaments larges ou des parois du bassin, dans les anciennes hématocèles, dans les déviations irréductibles de l'utérus avec adhérences, dans les métrites parenchymateuses et hypertrophiques, dans les cas d'utérus infantiles, dans les inflammations chroniques de l'utérus et des annexes. On voit combien est vaste le champ du massage utérin. P. Mauclaire.

Quelques nouveaux faits de grossesse après l'hystéropexie abdominale. Dr Fraipont. Extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, 1893.

Quatre observations complètes et aux résultats relativement éloignés montrent une fois de plus que l'hystéropexie ne gêne en rien l'évolution normale de la grossesse. L'auteur profite de la publication de ces quatre cas pour décrire son procédé de fixation: il ne se sert que d'une seule suture allant de l'extrémité interne d'une trompe à l'extrémité interne de la trompe opposée, à travers le fond de la matrice et enfoncée à deux millimètres tout au plus dans le muscle utérin. P. N.

Douze cas de grossesse après salpingo-ovarite et pelvi-péritonite suppurée. Dr Fraipont. Extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, 1893.

L'auteur, par une pratique de plus de dix ans, a acquis cette conviction que les inflammations péri-utérines cèdent le plus souvent à une thérapeutique conservatrice et que les cas où l'on doit arriver à la suppression de l'utérus et de ses annexes sont certainement l'exception. P. N.

De l'atrophie cutanée de la vulve. (Ueber Kraurosis vulvœ). A. Martin. *Samml. klinisch. Vorträge*, n° 102, p. 167.

Ceci est une nouvelle contribution de Martin a l'étude de *l'atrophie cutanée de la vulve*, affection rare, encore peu connue, et qui a été surtout mise en lumière par Breisky. Aux 33 observations déjà rassemblées dans la littérature médicale, Martin en ajoute 3 autres personnelles. A cette occasion, il passe de nouveau en revue l'historique, l'anatomie, l'histologie pathologique, les symptômes et le traitement. Plusieurs figures mettent en relief les altérations macro et microscopiques du processus. R. L.

De l'influence de la variole sur la menstruation, la grossesse, l'accouchement et le fœtus. (Ueber den Einfluss der Pockenkrankheit auf Menstruation, Geburt und Fötus). L. Woigt. *Samml. klinisch. Vorträge*, 1894, n° 112, p. 249.

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° La variole cause, aussi bien après l'invasion de la fièvre qu'immédiatement après l'apparition de l'exanthème, des congestions à la surface interne de l'utérus, congestions qui, chez les femmes non enceintes, se traduisent, dans la plupart des cas, par l'apparition des menstrues ou par un écoulement sanguin génital analogue.

2° La même cause détermine chez les femmes enceintes vaccinées dans l'enfance, dans la moitié des cas, l'avortement ou l'accouchement prématuré.

3° Dans les cas d'exanthème variolique confluent, particulièrement dans ceux de variole hémorrhagique, la vie des femmes en état de gestation est gravement compromise.

4° Les boutons hémorrhagiques sont beaucoup plus fréquents chez les femmes enceintes que chez les autres.

5° Le chiffre de la mortalité des femmes enceintes atteintes de variole, vaccinées dans leur enfance, oscille entre 30 et 35 p. 100, tandis que le chiffre de mortalité des femmes accouchées pendant l'éruption est très élevé ; à Hambourg, il a été de 59 p. 100.

6° Les femmes enceintes non vaccinées doivent courir beaucoup plus de dangers que celles qui le sont.

7° Les produits de conception des femmes atteintes d'exanthème variolique sont encore beaucoup plus compromis que les mères. Ils meurent presque tous, soit *in utero*, soit peu après la

naissance, de faiblesse congénitale, ou bien ils sont atteints avant ou après l'accouchement par la variole qui leur est mortelle.

8° En raison du danger considérable couru par les mères et par les enfants, il faut, en temps d'épidémie, soumettre préventivement les femmes enceintes à une revaccination, et vacciner immédiatement les enfants nouveau-nés, quand ils sont indemnes de variole et suffisamment vigoureux. R. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Cannady. The relation of tight lacing to uterine development and abdominal and pelvic diseases. *Virginia M. Month*; Richmond, 1894-1895, XXI, 623-630. — **Clarke.** The Relation of Hysteria to structural changes in the Uterus and its Adnexa. *Am. J. of Obst.*, novembre 1894, p. 477. — **Colpe.** Hefezellen als Krankheitserreger in weiblichen Genitalcanal. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 47, Hft. 555, p. 635. — **Craighill.** The effect of bicycle riding on the female pelvic organs. *Maryland M. J.*, Balt., 1894, XXXI, 183. — **Fairfield.** Case of gynatresia, in which no uterus or ovaries could be located. *Indiana M. J.*, Indianap., 1894-1895, XIII, 52. — **Frederick.** The Relations of the minor to the major Diseases of Women. *Am. J. of Obst.*, novembre 1894, p. 489. — **Gawronsky.** Ueber Verbreitung und Endigung der Nerven in den weiblichen Genitaliez. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 47, Hft. II, 271. — **Jacobs.** Folie post-opératoire. *Bulletin de la Société belge de gynécologie*, Bruxelles, 1894, p. 99. — **Kirkley.** Diagnosis of diseases within the female pelvis. *Toledo M. S. Reporter*, 1894, VII, 534-540. — **Köstlin.** Die Nervenendigungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. *Fortschr. d. Med.*, Berl., 1894, XII, 411; 451. — **Manton.** Gynecology among the insane, from the gynecologist's point of view. *Med. News*, Phila., 1894, LXV, 11. — **Merriman.** Do women requere mental and bodily rest during menstruation; and to what extent. *Columbus M. J.*, 1894-1895. XIII, 294; 346; 397. — **Montgomery.** Premature menopause. *Med. News*, Phila., 1894, LXV. 461. — **Mundé.** Menopause. *Internat. Clin. Phila.*, 1894, 4. s., 1, 283. — **Olivier.** Selected cases of ascites in women. *Edinb. M. J.*, 1894-1895, XL, 32-35. — **Palmer.** Sterility. *Med. Standard*, 1894, n° 4, p. 102. — **Young.** Case of severe menstrual headache successfully treated by premenstrual venesection. *Edinb. M. J.*, 1894-1895, XL, 220-222.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Condamin.** De la méthode de Taliaferro ou columnisation du vagin en gynécologie. *Mercredi médical*, Paris 1894, V, 273. — **Cuzzi.** Le acque termali di Casciana nelle cure ginecologiche. *Morgani*, Milano, 1894, XXXVI, 121. 149. — **Eliot.** Catheterization of the Fallopian Tubes. *Am. J. of Obst.*, novembre 1894, p. 521. — **Ghislanzoni.** Cure ginecologiche

coll'ittiole. *Bull. d. Soc. med. prov. di Bergamo.* 1894, V, 44-48. — **Henrotay.** Du tamponnement intra-utérin. *Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, 1894, IV, 37-42. — **Kelly.** Infusion of normal saline solution in connection with gynecological operations and the accidental hemorrhages of parturition. *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, Balt., 1894, V, 81. — **Mays.** The curette; its indications and dangers. *Tr. M. Soc. Calif.*, San-Fran., 1894, 167-177. — **Parvin.** Curetting the uterus and amputation of the lips. *Med. and Surg. Reporter.* Phila., 1894, LXX, 839; LXXI, 39. — **Webber.** Electricity versus instruments in some of the diseases pertaining to women. *Tr. Mich. M. Soc.*, Detroit, 1894, XVIII, 488-501. — **Wright.** Vaginal Douching. *Annals of Gynæc. a. Pædiat.*, octobre 1894, p. 48.

VULVE ET VAGIN. — **Bindemann.** *Ein Fall von Fibro-Myxom des rechten Labium majus.* Erlangen, 1894.— **Cornell.** A vaginal neurosis (?) *Montreal M. J.*, 1893-1894, XXII, 915-920. — **Hafner.** Perforierende Quetschwunde der Mastdarmscheidenwand, Heilung. *Frauenarzt*, Berl., 1894, IX, 155. — **Herrick.** A case of double vagina. *Med. News*, Phila., 1894, LXV, 15. — **Hill.** Case of lipoma of vulva. *Med. Times and Hosp. Gaz.*, Lond., 1894, XXII, 431.— **House.** The treatment of vulvo-vaginal cysts, with report of an unusual case. *Cleveland M. Gaz.*, 1893-1894, IX, 524-527. — **Reed.** Progressive cutaneous atrophy of the vulva considered with special reference to its operative treatment. report of cases. *N.-York M. J.*, 1894, LX, 385-390. — **Schuhl.** Utérus et vagin doubles. *Rev. médic. de l'Est*, décembre 1894, p. 713.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Bond.** Gastro-hysteropexy as a safe and reliable means of correcting prolapsus and retrodisplacements of the uterus. *South. Calif. Pract.*, Los Angeles, 1894, IX, 214-223. — **Brandenburg.** The successful treatment for the restoration of the injured female pelvic floor. *Med. Rec.*, N.-Y., 1894, XLVI, 488-490. — **Casati.** Modificazione all' operazione dell' Alexander nella cura delle antiflessioni dell' utero. *Gaz. med. lomb.*, Milano, 1894, LIII, 333. — **Davenport.** Ultimate results of treatment of backward displacements of the uterus by pessary with special reference to the Alexander-Adams operation. *Am. J. Obst*, N.-Y., 1894, XXX, 91-99. — **Dudley** A new operation for procidentia uteri. *N.-Y. J. Gynæc. and Obst.*, 1894, V, 1-11. — **Farrel** Hysterorrhaphy or ventral fixation of the uterus with four successful cases. *Maritime M. News*, Halifax, 1894, VI, 323-325. — **Grenkoff.** *Methods of vagino-fixation of the uterus as means of operative treatment in displacement of the same.* St-Petersb., 1894. — **Keith.** On supra-pubic fixation of the uterus in certain cases of retroversion and prolapse. *Lancet*, Lond., 1894. II, 679-681. — **Magnol.** Du traitement des déviations de l'utérus par l'opération d'Alquié, dite d'Alquié-Alexander. *N. Montpel. méd.*, 1894, III, 709, 735. — **Newman.** Six years' experience in shortening the round ligaments for uterine displacements. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Phila., 1894, XIX, 320-336. — **O'Neill.** Duke's operation for ruptured perineum. *Med. Times and Hosp. Gaz.*, Lond., 1894, XXII, 366. — **O'Sullivan.** *The proclivity of civilised woman to uterine displacements; the antidote, also other contributions to gynecological surgery.* Melbourne, 1894. — **Pinna-Pintor.** Due casi d'inversione uterina puerperale guariti radicalmente coll'amputazione dell'utero;

previa ligatura elastica. *Rassegna d'ostet. e ginec.*, Napoli, 1894, III, 136-139. — **Rau**. A comparative study of the different methods of treating posterior displacements of the uterus, both mechanical and operative. *Post-Graduate*, N.-Y., 1894, IX, 275-281. — **Robinson**. A surgical method for the cure of uterine prolapse, or sacro-pubic hernia; amputation of the pointed cervix; anterior colporrhaphy; Tait's perineal flap operation. *Mod. Med. and Bacteriol. Rev.*, Battle Creck, Mich., 1894, III, 207-215. — **Wylie**. The best method of operating on old lacerations of the perineum, especially those associated with the formation of a rectocele, and displacement of the uterus. *Am. J. Obst.*, N.-Y, 1894, XXX, 16-27.

MÉTRITE, ULCÉRATIONS, ETC. — **Beattie**. Endometritis, its surgical treatment. *Kansas City M. Rec.*, 1894, IX, 289-291. — **Benigni**. Sopra un anomalia di forma dell' utero acquisita. *Gazz. d. osp.* Milano, 1894, XV, 899. — **Blondel**. Principes du traitement des métrites. *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, Paris, 15 novembre 1894, p. 595. — **Byford**. Trachelorrhaphy and adhesions of the retroverted uterus. *Internat. Clin.*, Phila., 1894, 4, s., I, 259-264. — **Crowell**. The treatment of metrosalpingitis. *Kansas City M. Index*, 1894, XV, 295-298. — **Dranizyn**. *Uterus bicornis infraduplex seubicollis vagina septa.* St-Pétersbourg, 1894. — **Currier**. Introduction to the discussion, with remarks concerning normal menstruation. *Tr. M. Soc.*, N. Y., Albany, 1894, 155-163. — **Herman**. On the change in size of the cervical canal during menstruation. *Transactions of the obstetrical Society of London*, juin et juillet 1894, p. 250. — **Jacobs**. Amputation du col utérin, ses indications. La *Policlinique*, 1894, p. 324. — **James Braithwaite**. A case of adenoma of the portio vaginalis uteri forming a depressed sore or ulcer. *Transactions of the obstetrical Society of London*, juin et juillet 1894, p. 208. — **Martin**. Dysmenorrhœa of girls. *Am. J. Surg. and Gynæc.*, Kansas City, 1893-1894, v., 1. — **Martin**. Painful menstruation. *Birmingh. M. Rev.*, 1894, XXXV, 353-360. — **Noble**. Menorrhagia. *Med. Standard*, 1894, n° 4, p. 100. — **Robinson**. The cervical ganglion of the uterus. *Med. Rec.*, N. Y., 1894, XLVI, 403. — **Roux**. Note sur un cas d'utérus double avec bride vaginale verticale. *Loire méd.*, St-Etienne, 1894; XIII, 252-255. — **Simmons**. Erosions and lacerations of the cervix uteri. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1894, XXIII, 608-611. — **Solis**. The use of electricity in inflammatory and congested conditions of the uterus. *Tr. Mich. M. Soc.*, Detroit, 1894, XVIII, 522-528. — **Tussenbrock** et **Mendes de Léon**. Zur Pathologie der Uterus-Mucosa. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 47, Hft. III, p. 497. — **Walzberg**. Vermindeste Widerstandsfähigkeit der Uterus Wand; etc. *Arch. f. klin. Chir.*, Berl., 1894, XLVII, 38-51. — **Westermayer**. *Uterus bicornis et vagina duplex cum hæmato-pyocolpos.* Erlangen, 1894.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Baldy**. Extirpation of the uterus in disease of the adnexa. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1894, XXX, 28-33. — **Becker**. Uterus-Amputationen. *Berl. thierärztl. Wchnschr.*, 1894, X, 427. — **Bergh**. Cancer corporis uteri; sakral uterusextirpation; *Död. Hygiea*, Stochkolm, 1894, LVI, 422. — **Biermer**. *Ein Beitrag zur Myomotomie.* Tübingen, 1894. — **Binaud**. Cancer primitif du corps de l'utérus. *Gazette hebd. des Sc. méd.*, Bordeaux, 9 décembre 1894, p. 584. — **Binaud**. Volumineux fibro-myôme utérin

pédiculé à évolution abdominale et simulant une tumeur solide de l'ovaire. *Gazette hebd. de Bordeaux*, 9 décembre 1894, p. 581. — **Bishop**. The technique of vaginal hysterectomy. *Prov. M. J.*, Leicester, 1894, XIII, 456-458. — **Bowreman-Jessett**. The treatment of myomata of the uterus complicating pregnancy. *The British Gynæcological Journal*, novembre 1894, p. 317. — **Bowreman-Jessett**. A case of large polypoid growth in the uterus, taking on sarcomatous action : combined abdominal and vaginal hysterectomy, recovery. *The British Gynæcological Journal*, Londres, août 1894, p. 147. — **Buecheler**. R. Kaltenbachs Ergebnisse der vaginaleu Totalexstirpation mit Peritonealnaht. *Zeits. f. G. u. Gyn.*, T. 30, H. 2, p. 365. — **Byford**. Choice of radical operations for the cure of uterine fibroids. *Chicago M. Recorder*, 1894, VI, 376-378. — **Cuervo-Marquez**. Tumor fibroquistico del utero operado por la via abdominal. *Rev. méd. de Bogotá*, 1894-1995, XVIII, 13-15. — **Cunningham**. Malignant growths of the uterus. *Ann. Gynæk. and Pædiat.*, Phila., 1893-1894, VII, 596-598. — **Cushing**. The operative treatment of uterine fibroids. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phila., 1893-1894, VII, 699-708. — **Dandois**. Epithelioma du col de l'utérus. *Annales de la Société belge de chirurgie*, Bruxelles. Séance du 20 octobre 1894, p. 306. — **Deaver**. Vaginal hysterectomy. *Denver. M. Times*, 1894-1895, XIV, 125-135. — **Dewandre**. Trois hystérectomies vaginales d'après le procédé de Doyen. *Bulletin de la Société belge de Gynécologie*, Bruxelles, 1894, p. 110. — **Eastram**. The present status of supra-pubic hysterectomy. *Indiana M. J.*, Indianap., 1894-1895, XIII, 1-7. — **Eastman**. Supra-pubic hysterectomy by enucleation of tumor and uterus, including cervix. *Tr. Mich. M. Soc.*, Detroit, 1894, XVIII, 399-410. — **Fenwick**, Growths of the cervix uteri. *Med. Times and Hosp. Gaz.*, Lond., 1894, XXII, 573-575. — **Franklin-Martin**. Ligature des ligaments larges dans six cas de fibromes utérins. *Archives de Tocologie et de Gynécologie*, Paris, octobre 1894, p. 739. — **Hopper**. Diffuse sarcoma of mucous membrane of the uterus ; removed by vaginal hysterectomy. *Austral. M. J.*, Melbourne, 1894, n., s., XVI, 323-328. — **Horrocks**. Large fibroid tumour of the uterus. *Transactions of the obstetrical Society of London*, juin et juillet 1894, p. 193. — **Jesset**. On the treatment of certain forms of advanced cancer of the uterus. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1894, n. s., LVII, 641-643. — **Jesset**. Treatment of uterine cancer by operation or otherwise; with special reference to vaginal hysterectomy. *Clin. J.*, Londres, 1894, IV, 86 ; 95. — **Kelly**. Myoma complicating pregnancy and preventing delivery ; Porro-Cæsarean operation modified by dropping the pedicle. *Jonhs Hopkins Hosp. Bull.*, Balt., 1894, V, 80. — **Kreutzmann**. Total extirpation of the uterus. *Tr. M. Soc. Calif.*, San Fran., 1894, 145-152. — **Lafourcade**. De l'hystérectomie vaginale dans les lésions inflammatoires des annexes. *Archives provinciales de chirurgie*, Paris, 1er octobre 1894, no 10, p. 609. — **Malcolm**. Uterine fibroïds. *Transactions of the obstetrical Society of London*, juin et juillet 1894, p. 200. — **Malapert**. Fibroïdes multiples de l'utérus ; hystérectomie vaginale ; Guérison. *Poitou médical*, 1er novembre 1894. — **Mansell-Moullin**. Large uterine myoma, involving the cervix ; removal by total extirpation. *The Bristish gynæcological Journal*, Londres, août 1874, p. 173. — **Mayer**. Bloodless vaginal myomectomy. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1894, XXIII, 99. — **Mc Fatrich**. Vaginal hysterectomy ; a bloodless opération. *Chicago, M. Times*, 1894, XXVI, 243-

247. — **Menge**. Ueber deciduosarcoma uteri. *Zeits. f. Geb. u. Gynæk.*, t. XXX, H. 2, p. 323. — **Mundé**. Sarcoma of the cervix and fibroid of the body of the uterus, with double tubo-ovarian cyst. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1894, XXX, 545. — **Ostrom**. Vaginal hystero-oöphorectomy for other than diseases of the uterus and adnexa. *New York m. Times*, 1894-1895, XXII, 289-291. — **Penrose**. A case of abdominal hysterectomy in wich the ureter was resected and implanted into the bladder. *South. m. Rec.*, Atlanta, 1894, XXIV, 479-481. — **Pichevin**. A propos de l'hystérectomie vaginale. *Gazette méd. de Paris*, 1894, n° 40, p. 471. — **Pick**. Ueber Sarcome des Uterus und der Vagina im Kindesalter und das primare Scheidensarcom der Erwächsenen. *Arch. f. Gyn.*; 1894, Bd. XLVI, Hft. 2, p. 191. — **Popelin**. Présentation de pinces destinées à l'extirpation de fibromes volumineux par voie adbomino-vaginale. *Bulletin de la Société belge de gynécologie*, Bruxelles, 1894, p. 115. — **Spinelli**. Contributo alla chirurgia dei fibromiomi uterini e considerazioni sull' asepsi laparotomia. *Gior. internaz. d. sc. med.*, Napoli, 1893, XV, 561; 601; 641. — **Pryn**. A new and rapid method of dealing with intra-ligamentous fibromyomata. *Med. News*, Phila., 1894, t. II, p. 602. — **Purcell**. Body and neck of cancerous uterus removed by chlorid of zink. *Brit. Gynæc. J.*, Lond, 1893-1894, IX, 415-418. — **Rémy**. Cas de fibrome énorme observé pendant la grossesse et l'accouchement. *Archives de Tocologie et de Gynécologie*, Paris, octobre 1894, p. 736. — **Riddle Goffe**. Vaginal hysterectomy by enucleation without ligature or clamp. *Medical Record*, New-York, 1er décembre 1894, t. XLVI, p. 691. — **Robinson**. What shall we do with tender and painful stumps after laparotomy? *Boston M. and S. J.*, 1894, CXXXI, 365. — **Ryan**. Uterine fibroids : to what extent are they influenced by medical treatment. *Tr. Illinois m. Soc.*, Chicago, 1894, XLIV, 446-449. — **Salin**. Fall of graviditet komplicerad med myom. *Förh. v. Svens. Lak.-Sallsk Sammank.*, Stockholm, 1894, 242. — **Stevens** Uterine fibroïd undergoing colloid degeneration. *Transactions of the obstetrical Society of London*, juin et juillet 1894, p. 225. — **Williams**. Beiträge zur Histologie und Histogenese des Uterus Sarcoms. *Ztschr., f. Heilk.*, Berl., 1894, XV, 141-184.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON-NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES.— **Boldt**. Extirpation of the uterus and adnexa in pelvic suppuration and post puerperal septicæmia. *N.-Y. med. Record*, 10 novembre 1894, p. 601. — **Condamin**. Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvipéritonite et du traitement qui leur convient. *Arch. provinc. de chirurgie*, 1894, n° 8, p. 485. — **Dosett**. The present Status of the Treatment of pelvic inflammation : or, how shall we deal with pelvic Inflammatory troubles? *Am. J. of Obst.*, novembre 1894, p. 698. — **Duncan Boxall**. Removal of one ovary and tube for unilateral disease (2 cases). *Middlesex Hosp. Rep.*, 1892, Lond., 1894, 175. — **Dürck**. Septico-Pyœmi ausgehend von Pyosalpinx. *München. med. Wchnschr.*, 1894, XLI, 721. — **Foerster**. Comparative Microscopical studies of the ovary. *Am. J. of obst.*, novembre 1894, p. 652. — **Frank**. Treatment of distension of the Fallopian tubes, without. Laparotomy and Removal. *The American gynecol. and obstetric. Journal*, novembre 1894, fig. 498. — **Glasgow**. Treatment of Distention of the Fallopian Tubes without Laparotomy and Removal. *Am. J. of obst.*, novembre 1894.

p. 705.— **Kelly**. Case of ovarian abscess. *Virginia M. Month.* Richem., 1894-1895, XXI, 319-322.— **Kossmann**. Nochmals zur Pathologie des Parovariums. *Cent. f. Gyn.,* 1894, n° 42, p. 1036. — **Landau**. Ueber die Heilung der Beckenabscesse des Weibes mit besonderer Berücksichtigung der vaginalen Radicaloperation. *Berl. klin. Wchnschr.*, 1894, XXXI, 507 ; 541 ; 561. — **Ludlam**. Exanthematic ovarites. *Clinique Chicago*, 1894, XV, 325. — **Lyle**. Pyosalpingitis : its treatment by uterine drainage. *N. York. Polyclin.*, 1894, 1 v., 83-86. — **Penrose**. Tuberculosis of the Fallopian Tubes. *The Amer. J. of med. Sciences*, novembre 1894, p. 503. — **Pilliet** et **Thierry**. Kyste hématique à myéloplaxes du ligament large. *Société anatomique*, Paris, octobre 1894, fascicule n° 19, p. 682. — **Rohé**. Hematoma of the ovary. *Maryland M. J.*, Balt., 1894, XIII, XXXI. 164-167. — **Routier**. Trompe de l'ovaire avec appendices enlevés par laparotomie à une jeune femme atteinte d'hématocèle ante-utérine. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1894, fig. 612. — **Sanden**. The treatment of chronic oophoritis by localized electricity. *Medical News*, octobre 1894, fig. 455. — **Taylor**. On intra peritoneal hæmatocele forming a definite tumour : the relation of this to unruptured tubal pregnancy (tubal abortion). *The British gynæcological Journal*, Londres, août 1894, p. 175. — **Toronto**. Personal Experience with pus tubes. *Am. J. of obst.*, novembre, 1894, p. 667. — **Watkins**. Pus tube discharging through the uterus. *The American gynec. and obst. Journal*, 1894, p. 528. — **Wertheim**. Ueber die Durchführbarkeit und den Werth der mikroskopischen Untersuchung des Eiters entzündlicher, Adnexentumoren wahrend der Laparotomie. *Samml. klin. Vortr.*, n. F.. Leipz., 1894, n° 100, *Gynäkol.*, n° 39, 149-166.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Baer**. Large ovarian tumor with twisted pedicle ; acute peritonitis ; hœmorrhage three hours after operation from Rupture of veins in degenerated pedicle. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, novembre 1894, p. 540. — **Baer**. Ovarian papilloma which had displaced the Uterus with the abdominal cavity to that it extended to the Umbilicus. *The Americ. gynæc. and obst. J.*, 1894, p. 538. — **Baer**. Papillary, dermoid ovarian tumor, removal of which was neglected until acute peritonitis enforced action. *The American gynæcol. and obst. Journal*, New-York, novembre 1894, p. 539. — **Buys** et **Vandervelde**. Recherches expérimentales sur les lésions utérines consécutives à l'ovariotomie double. *Arch. ital. de biol.*, Turin, 1894, XXI, 20-30. — **Christian**. Ovariotomy with extensive adhesions and troublesome hemorrhage. *South. M. Rev.*, Houston, 1894, I, 19. — **Christophe Martin**. Two specimens of fibroma of the ovary. *The British gynæcological Journal*, Londres, août 1894, p. 172. — **Cortiguera**. Quiste ovarico dermoideo. Laparotomia vaginal. Sutura y desaguë. Curacion. *Anal. obstet. gynec. y pediatria*, 10 novembre 1894, p. 321. — **Da Silva Jones**. Sur le traitement de certains kystes de l'ovaire par les injections de sel de lithium, d'ammonium, de plomb, etc. (Abstr.) *Gaz. de Gynéc.*, Paris, 1894, IX, 145 ; 161. — **Fraipont**. Douze cas de grossesse après salpingo-ovarite et pelvi-péritonite suppurée. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 novembre 1894, p. 520.— **Heine**. *Ueber solide Ovarialtumoren.* Cöthen, 1894. — **Hodgson**. A

multilocular ovarian tumour, with twisted pedicle. *The British gynæcological Journal*, Londres, août 1894, p. 171. — **Keiffer**. A propos d'une ovariotomie par la voie vaginale. *Bulletin de la Société belge de gynécologie*, Bruxelles, 1894, p. 116. — **Kollock**. Complications in ovariotomy. *North. Car. M. J.*, Wilmington, 1894, XXXIV, 23. — **Leith Napier**. Modern ovariotomy. *The Bristish gynæcological Journal*, Londres. août 1894, p. 197. — **Leonard Remfey**. Ligature and division of the upper part of both broad ligaments and the results as compared with that following removal of the uterine appendages. *Transactions of the obstetrical Society of London*, juin et juillet 1894, p. 202. — **Ludlam**. A fibrous tumor attached to the ovarian ligament; removal; recovery. *Clinique*, Chicago, 1894, XV, 432. — **Meigs**. Ablation of ovaries and tubes for hystero-epilepsy, with entire relief from symptoms sine operation. *Boston M. and S. J.*, 1894, CXXXI, 392. — **Montgomery**. Removal of appendages. *Med. News*, Phila., 1894, LXV, 463. — **Moure**. De l'influence de l'ovariotomie sur la voix de la femme. *Rev. de laryngol.*, etc., Paris, 1894, XIV 406-409. — **Peter Horrocks**. Large sarcoma (?) of the ovary. *Transactions of the obstetrical Society of London*, juin et juillet 1894, p. 192. — **Pick**. Die von den Endothelien ausgehenden Geschwülste des Eierstocks. *Berl. klinisch. Wochensch.*, 1894, n° 45, p. 1017, 1046. — **Postempski**. Due casi di fibromi puri dell' ovario. *Riforma med.*, Napoli, 1894, X, pt. 3, 494-498. — **Rochet et Debaisieux**. Discussion sur la rupture des kystes dans le ventre. *Annales de la Société belge de Chirurgie*. Bruxelles, séance du 20 septembre 1894, p. 285. — **Routh**. On castration in females; its frequent inexpediency and the signal advantages of conservative surgery in theses cases. *Prov. M. J.*, Leicester, 1894, XIII, 293-304. — **Ruggi** et **M. Pozzi**. Primo caso d'ovariosalpingectomia vaginale colla preventiva estrazione dell' utero e successiva riposizione di questo insede normale. *Rassegna d'ostet. e ginec.*, Napoli, 1894, III, 1-8. — **Ruppolt**. Zur Kenntniss überzähliger Eierstöcke. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 47, Hft. 3, p. 646. — **Schwertassek**. Sarcomatöse. Degeneration einer mit einem Teratom combinirten Ovariencyste. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 47, Hft. III, 568. — **Skene**. Ovarian neoplasms. *Internat. Clin.*, Phila., 1894, 4. s., I, 272-276. — **Tédenot**. Kyste prolifère glandulaire du parovarium. *N. Montpel. méd.*, 1894, III, 449-455.

ORGANES URINAIRES. — **Augagneur**. Observations d'abcès sous-uréthraux chez la femme. *Province méd.*, Lyon, 1894, VIII, p. 145, 157. — **Berry**. On Lithotomy. *The Provincial med. J.*, novembre 1894, p. 565. — **Bond**. On the Treatment of vesico-vaginal Fistula by Operation from within the Bladder. *Annals of Surgery*, octobre 1894, p 592. — **Duchamp**. Abcès sous-uréthral chez une femme enceinte. *Loire méd.*, St-Etienne, 1894, XIII, 159-161. — **Heitzmann**. Die Neurosen der Harnorgane beim Weibe. *Centralbl. f. d. ges. Therap.*, Wien, 1894, XII, 257, 321. — **Hopkins** A case of entire loss of the urethra and vesico-vaginal septum. *Univ. M. Mag.*, Phila., 1894-1895, VII, 29-31. — **Haynes**. Are ligature-fistula after cœliotomies avoïdable. *Medical News*, Philadelphia, 3 novembre 1893, t. II, p. 488. — **Lavisé**. Note sur les fistules urétéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale. *Annales de la Société belge de chirurgie*, Bruxelles, séance du 29 septembre 1894, p. 296. — **Mann**. Inflamma-

tion of the ureters in the female. *Am. J. M. Sc.*, Phila., 1894, n. s., CVIII, 125-140. — **Montgomery**. Vesico-vaginal fistula. *Maryland m. J.*, Balt., 1894, XXXI, 466-468. — **Neumann**. Beobachtungen und Studien über die Funktion beiden Nieren bei Bestehen ein Ureter-Bauchwandfistel. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 47, Hft. III, p. 467. — **Pousson**. De l'inversion de la vessie et de la hernie de ses parois à travers l'urèthre. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, Paris, 1894, XII, 408, 500. — **Wiesinger**. Die Bildung einer Witzel 'schen Schrägfistel in der Blase bei carcinomatöser Zerstörung der weiblichen Urethra. *Centralbl. f. Chir.*, Leipz., 1894, XXI, 500-503. — **Zuckerkandl**. Ueber Eintheilung und Prophylaxe der von Veränderungen des weiblichen Genitale abhängigen Formen von Cystitis. *Wien. Mediz. Presse*, 1894, octobre, p. 1594.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Boise**. The Cause of the Thirst following abdominal Sections. *Am. J. of obst.*, novembre 1894, p. 484. — **Carstens**. The Incision in abdominal Surgery; Methods and Results. *Am. J. of obst.*, novembre 1894, p. 503. — **Cushing**. Some unusual cases of abdominal surgery., *Med. Rec.*, N.-Y., 1894, XLVI, 516-519. — **Hilgemeier**. *Bericht über einen pseudo-tumor als ein Beitrag zur Casuistik der abdominal Tumoren beim weiblichen Geschlechte*, Leipz., 1894. — **Leipziger**. Pseudo-Laparotomy. *Med. Standard*, novembre 1894. p. 131. — **Negri**. Intorno a cinquanta laparotomie per indicazioni ginecologico-ostetriche. *Riv. veneta di sc. med.*, Venezia, 1894, XX, 338-348. — **Potter**. The technique of the abdominal incision; its closure and its after-management. *Tr. m. Soc. N.-Y.*, Albany, 1894, 101-107. — **Rohé**. Intestinal Obstruction following Operations in which the peritoneal Cavity is opened. *Am. J. of Obst.*, novembre 1894, p. 465. — **Van der Veer**. Report in abdominal Surgery. *Annals of Gynæc. and Pæd.*, octobre 1894, p. 1. — **Wynan (Hal. C.)**. Improvements in abdominal Surgery. *The medical age*, Detroit, 10 décembre 1894, p. 717.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Davis**. The management of face-presentation. *Med. News*, Phila., 1894, LXV, 45. — **Godfrey**. The Indian woman in Labor. *Medical Record*, New-York, 1er décembre 1894, t. 46, p. 690. — **King**. Stray thoughts on the mechanism of labor. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1894. XXX, 494-502. — **Marx**. Contributions to the study of face-presentations. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, Par., 1894, XLI, 281 ; 397. — **Schuhl**. Présentation du front; tentatives de transformation en présentation du sommet. *Revue méd. de l'Est*, novembre 1894, p. 694. — **Smith-Nash**. The Management of an ordinary case of Labor in Hospital and in private Practice. *Am. J. of Obst.*, novembre 1894, p. 541. — **Pelzer**. Ueber Credé'sche Verfahren in der Nachgeburtsperiode. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 47, Hft. III, p. 447.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALE. — **Gamnber**. Bacteriology in midwifery and prophylaxis of puerperal fever. *Tr. Mich. m. Soc.*, Detroit, 1894, XVIII, 502-514.

— **Giles**. Temperature immediately after delivery in relation to the duration and other characteristics of labour. *Transactions of the obstetrical society of London*, juin et juillet 1894, p. 238. — **Kersnovski**. *On the regeneration of the uterine epithelium in the post partum period*, Jurjeff, 1894. — **Mensinga**. Zur Geburtslage. *Frauenarzt*. Berl., 1894, IX, 268-272. — **Neumann**. Quantitative Bestimmung des Calciums, Magnesiums und der Phosphorsaüre im Harn und Koth bei Osteomalacie. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 47, Hft. 2, p. 202.

DYSTOCIE. — **Bliem**. Dystocia from shortened cord. *Homœop J. Obst.*, N.-Y., 1894, XVI, 413-415. — **Duncan**. Generally contracted flat pelvis. Cæsarian section. *Middlesex Hosp. Rep.*, 1892, Lond., 1894, 184. — **Finzi**. A case of osteoma of the pelvis. causing dystocia. *Lancet*, Lond., 1894, II, 77. — **Mc Crea**. Transverse presentations. *Kansas m. J.*, Topeka, 1894, VI, 367-369. — **Vallois**. Un cas de bassin cyphotique. *Archives de Tocologie et de Gynécologie*, Paris, octobre 1894, p. 723.

GROSSESSE. — **Bazzanella**. Nuovo metodo per la misurazione del diametre trasverso del bacino. *Ann. di ostet*, Milano, 1894, XVI, 479-486. — **Dewees**. Care of Pregnant women. *Annals of Gynæc. and Pædiat.*, octobre 1894, p. 38.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bitner**. Contribution au traitement chirurgical de l'hypospadias chez la femme. *Przeglad Chirurgiczny*, 1893, p. 39. — **Bland Sutton**. On an early tubal ovum. *Transactions of the obstetrical Society of London*, juin et juillet 1894, p. 195. **Baer**. Extra-uterine pregnancy with absence of symptoms until shock. unattended with rupture and hæmorrhage occured, diagnosis and operation before rupture of sac. *The American Gynec. and Obst. Journal*, 1894, p. 535. — **Butler-Smythe**. Unruptured tubal pregnancy, with cystic tumour of the opposite ovary ; operation followed by mania and phlegmasia dolens ; recovery. *J. Med. Sc.*, Lond., 1894, XL, 409-414. — **Condamin**. Du traitement par la voie vaginale des hématocèles et des grossesses extra-utérines avec rupture du kyste fœtal. *Lyon médical*, 1894, p. 363. — **Dobbert**. Beiträge zur Anatomie der Uteruschleimhaut bei ektopischer Schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 47, Hft. II, p. 224. — **Douglas**. Extra-uterine pregnancy. *Internat. m. Mag.*, Phila. ; 1894-1895, III, 656-661. — **Frommel**. Extrauterinschwangerschaft. *Internat. klin. Rundschau*, Wien, 1894, VIII, 785 ; 840. — **Keiffer**. Un cas de grossesse tubo-ovarienne. *Bulletin de la Société belge de gynécologie*, Bruxelles, 1894, p. 118. — **Lebensbaum**. Trois cas de grossesse extra-utérine. *Przeglad chirurgiczny*, 1893, p. 37. — **Ludlam**. On extra-uterine pregnancy. *Clinique*, Chicago, 1894, XV, 471. — **Nammack**. Tubal pregnancy. Rupture. Operation. Death. *New Y. medic. Rec.*, 10 novembre 1894, p. 600. — **Nammack**. A plea for immediat cœliotomy in ruptured tubal pregnancy. *Medical Record*, novembre 1894, p. 622. — **Moss**. Extra-uterine gestation. *Edinburgh medical Journal*, novembre 1894, p. 421. — **Richardson**. Extra-uterine pregnancy and pelvic hemorrhage : cases and remarks. *Tr. am. Surg. Ass.*, Phila., 1894, XII, 299-327. — **Ricketts**. Extra-uterine pregnancy ; specimens. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 24 novembre 1894, p. 550. — **Rochet** (Anvers). Grossesses extra-utérines et hémorrhagies internes. *Annales de la Société belge*

de Chirurgie, Bruxelles, 1894, p. 325. — **Villar**. Un cas de grossesse tubaire ; laparotomie au douzième mois ; guérison ; observation suivie de réflexions. *Arch. prov. de chir.*, Paris, 1894, III, 352-376. — **Werder (X. O.)**. Cœliotomy in ectopic gestation where the fœtus is living and viable, with the report of a successful case. *Med. Rec.*, N.-Y., 1894, T. II, p. 661. — **Wiesinger**. Zwei Fälle von abdominaler Schwangerschaft. *Wien. klin. Wchnschr.*, 1894, VII, 677.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Ballantyne (J. W.)**. Paracephalus dipus cardiacus. *Teratologia*. Lond., octobre-décembre 1894, p. 158. — **Cavazzani Emilio et Levi Salvatore**. L'urea nel sangue del feto. *Annali di ostetricia e ginecologia*. Milan, août 1894. — **Charles**. Viabilité des enfants obtenus par l'accouchement prématuré artificiel dans les bassins rétrécis. *J. d'accouch.*, Liège, 1894, XV, 189-197. — **Craig (Ch.)**. Umbilical hemorrhage ; etiology, pathology and treatment. Report of a case. *Med. News*, novembre 1894, p. 569. — **Ducarre-Cognard**. Rupture du cordon ombilical au moment du dégagement de la tête, causée par sa brièveté relative et son insertion vélamenteuse ; bonne terminaison. *J. d. sages-femmes*, Paris, 1894, XXII, 139. — **Feis**. Ueber intrauterine Leichenstarre. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. XLVI, Hft. 2, p. 384. — **Gebhard**. Ein Fall von traumatischen Hämatothorax beim Neugeborenen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, T. XXX, H. 2, p. 402. — **Maffucci**. Experimental researches in infective embryonal pathology. *Annals of Surgery*. octobre 1894, p. 385. — **Neugebauer**. Contribution à l'étude du pseudo-hermaphrodisme. *Przeglad Chirurgiczny*, 1894, p. 8, XII. — **Oui**. Note sur un cas de petitesse extrême d'un fœtus né à terme ou près du terme. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1894, XV, 245. — **Remfry**. Remarks on fœtal retroflexion ; report of a specimen showing origin of gluteus maximus from occipital bone. *Transactions of the obstetrical Society*, juin et juillet 1894, p. 227. — **Rossa**. Ueber Bedeutung und Aetiologie des vorzeitigen Meconiumbganges. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. XLVI, Hft. 2, p. 303. — **Sarwey**. Ein Fall von Missbildung, hervorgerufen durch abnorme Engigkeit des Amnion. *Arch. f. Gynæk.*, Berl., 1894, XLVI, 503-511. — **Simpson**. A case of a child crying in utero. *Occidental m. Times*, Sacramento, 1894, VIII, 495. — **Strassman**. Ueber Missbildungen. *Arch. f. Gyn.*, 1394, Bd. XLVII, Hft. 3, p 447. — **Wolff**. Kasuistischer Beitrag zur Bemerkungen uber Hyperdaktylie. *Deutsche med. Ztg.*, Berl., 1894, XV, 553, 565.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Adam**. Symphysiotomy. *Austral. M. J.*, Melbourne, 1894, n. s., XVI, 213-219. — **Bing. A.** Wendung in der Knie-Ellbogenlage. *Cent. f. d. gesammte Therap.*, décembre 1894, p. 710. — **Bossi**. Provocazione artificiale del parto e sinfisiotomia. *Gazz. d. osp.*, Milano, 1894, XV, 1114-1116. — **Buschbeck**. Zur Symphyseotomie und ihrer Indicationsstellung. *Münchenmed. Wchnsch.*, 1894, XLI, 489-492. — **Cecil**. Accouchement forcé. Report of a case. *Medical News*, octobre 1894 fig. 438. — **Choteau**. Troubles nerveux après une opération obstétricale. *Archives de tocologie et de gynécologie*, Paris, octobre 1894, p 721. — **Defranould**. *Considérations sur la symphyséotomie*, Nancy, 1894. — **Garrigues**. On symphyseotomy, with the report of a new case. *N.-Y. med. Journ.*, 10 novembre 1894, p. 577. — **Harris**. Which shall we perform, cra-

niotomy, cæsarian section, or symphyseotomy? *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1894, n. s., LVIII, 561. — **Heller**. *Ueber die Heilungsvorgänge nach dem Symphysenschnitt.* Würzb., 1894. — **Jewett**. Early American symphysiotomie *N.-York M. J.*, 1894, LX, 363. — **Strassmann**. Ueber die perforation des nachfolgenden Kopfes und ihre Beziehungen zur Therapie bei Beckenenge. *Berl. klin. Wchnschr.*, 1894, XXXI, 582-584. — **Wehle**. Wendung und Extraction oder Symphyséotomie? *München. med. Wchnschr.*, 1894, XLI, 492-494.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Allister**. Puerperal eclampsia. *The medical age.* Detroit Mich., 10 octobre 1894, p. 583. — **Bidone**. Erisipela Materna, Endocardite, Streptococcica fetale. *Teratologia*, Lond., octobre-décembre 1894, p. 182. — **Blacker**. Uterus with placenta prævia marginalis in situ. *Transactions of the obstetrical Society of London*, juin et juillet 1894, p. 194. — **Breitbach**. Eine seltene vorkommende Neuralgie nach der Entbindung. *Reichs. Med. Anz.*, Leipz., 1894, XIX, 221, 233. — **Bué**. De la chorée gravidique. *Presse méd.*, Paris, 1894, 279. — **Chambrelent**. Paludisme et grossesse. *J. de méd. de Bordeaux*, 1894, XXIV, 265, 277. — **Cochrane**. A note on post-partum hæmorrhage. *Lancet*, Lond., 1894, I, 1371. — **Collyer**. The treatment of a retrodisplaced adherent uterus complicated by pregnancy. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1894, V, 18-24. — **Desrobiers**. Notes sur un cas d'accouchement chez une femme albuminurique. *Union méd. du Canada*, octobre 1894, p. 526. — **Eisenhart**. Puerperal Infection, mit tödtlichem Ausgang verursacht durch Bacterium coli commune. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 47, Hft. 2, p. 189. — **Gilis**. Observation d'un cas de rétention et adhérence du placenta avec spasme de l'utérus; délivrance artificielle onze heures après la naissance de l'enfant. *Gaz. hebd. de méd.*, Paris, 1994, XLC, 259. — **Green**. Rupture of the uterus; palliative *versus* surgical treatment. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1894, XXX, 34-43. — **Harrison**. Puerperal Insanity: Causation and Symptoms. *Am. J. of Obst.*, novembre 1894, p. 529. — **Henske**. Retroversion and incarceration of the gravid womb. *St-Louis Clinique*, 1894, VII, 376-380. — **Herman**. Six more cases of pregnancy and labor with Bright's disease. *Am. Gynæc. and Obst. J.*, N.-Y., 1894, V, 404-436. — **Krajewski**. Un cas de rupture de l'utérus pendant l'accouchement guérie par la méthode opératoire. *Przeglad Chirurgiczny*, 1894, pg. XVIII. — **Lehmann**. Weitere Mittheilungen über Placentartuberculose. *Berl. klin. Wchnschr.*, 1894, XXXI, 601-603. — **Liell**. Nephritis of pregnancy and its sequelæ. *Med. Rec.*, N.-Y., 1894, XLVI, 368. — **Ludwig**. Ueber Veränderungen der Frauenmilch und des Colostrums bei Krankheiten der Wochnerinnen. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. XLVI, Hft. 2, p. 342. — **Magnus**. Rupture of the uterus. *The Cincinnati Lancet-Clinic*, 19 mai 1894, p. 535. — **Masse**. Deux cas de procidence du cordon ombilical. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, novembre 1894, p. 553. — **Maxwel**. Puerperal Tetanus. *Med. Standard*, 1894, nº 4, p. 109. — **Mc Lean**. The palliative treatment of rupture of the uterus. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1894, XXX, 43-50. 43-50. — **Mundé**. Premature delivery of a dead child, induced by acute appendicitis with remarks on appendicitis in women. *Medical Record*, New-York, 1er décembre 1894, t. 46, nº 678. — **Nash**. Neuralgia of the tibia post-partum. *Australas. M. Gaz.*, Sydney, 1894,

XIII, 40. — **Neumeister**. Rupture of the fundus of the uterus at the fifth month of pregnancy. *Med. Arena,* Kansas City, Mo., 1894, III, 198-200. — **Noble**. Acute puerperal cellulitis and true pelvic abscess. *N. Albany M. Herald,* 1884, XIV, 147-153. — **Oui**. Insertion vicieuse du placenta sans rupture préalable des membranes. *Presse médicale,* 3 novembre 1894. — **Page**. Vomiting in pregnancy; terrible exemple; what should have been done? *Phila. Polyclin.,* 1894, III, 393 395. — **Phillips**. Gangrene of the vulva following labour. *Brit. M. J.* Lond., 1894, II, 13. — **Reynolds**. A case of accidental concealed hemorrhage. *Boston M.* and *S. J.*, 1894, CXXXI, 289. — **Rombach**. *De loslating von de normaale gelegen placenta tijdens de zwangerschap.* Leiden, 1894. — **Sprigg**. Puerperal Insanity. *Am. J. of Obst.*, novembre, 1894, p. 537. — **Tarnier**. Hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta. *Bull. méd.*, Paris, 1894, VIII, 825-827. **Temple**. Treatment of placenta prævia. *Internat. M. Mag.*, Phila., 1894-95, III, 575-578. — **Vallois**. Observation d'inversion complète de l'utérus après l'accouchement. *Archives de tocologie et de gynécologie,* Paris, octobre, 1894, p. 730. — **Weiss**. Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden placenta. *Arch. f. Gyn.,* 1894, Bd. XLVI, Hft. 2, p. 256. — **Wolff**. Zur symptomatologie des akuten hydramnion. *Centralbl. f. Gynäk.,* 1894, n° 47, p. 1155. — **Wüllmers**. *Ueber Verblutungstod während der Gravidität.* Tübingen, 1894.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Ferré**. Le curettage utérin dans l'infection puerpérale. *Nouvelles Archives d'obst. et de gynécologie,* novembre 1894, p. 500. — **Kuffer**. Ein Verstärkungsmittel zu schwacher Wehen. *St.-Petersb. med. Wchnschr.*, 1894, n. F., XI, 319. — **Leusser**. Die Uterovaginal-tamponade mit Iodoformgaze bei postpartumblutungen. *Berl. Klinik.*, 1894, Hft. 75, 1-42. — **Montgomery**. Curetting for puerperal infection. *Maryland M. J.*, Balt., 1894, XXXI, 468. — **Stuver**. Ergot in Parturition. *Med. Standard,* 1894, n° 4, p. 106.

VARIA. — **Custis**. Hemorrhage from the breast. *Homœp. J. Obst.*, N. Y., 1894, XVI, 333-340. — **Davis (E.)**. Obstetric instruction. *Medical News*, Philadelphia, 6 octobre 1894, t. II, p. 372. — **Edwing**. A few aphorisms relating to obstetrics. *Med. Rec.*, N. Y., 1894, XLVI, 69. — **Eustache**. Des fausses grossesses par illusion. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie,* novembre 1894, p. 485. — **Fordyce**. Intra-uterine Ascites, its obstetrical Significance and Pathologie. *Tératologia,* Lond., octobre, décembre, 1894, p. 143. — **Gaulard**. Etat puerpéral et tuberculose. *Presse médicale,* Paris, 8 décembre 1894, p. 389. — **Narajewicz**. Un cas de grossesse et d'accouchement chez une malade qui a subi une néphrectomie. *Przeglad chirurgiczny,* 1894, p. XV. — **Leopold**. Vergleichende Untersuchungen über die Entbehrlichkeit der Scheidenausspülungen bei ganz normalen Geburten und über die sogenannte Selbstinfection. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 47, Hft. III, p. 580. — **Rice**. A case in obstetrics. *The Cincinnati Lancet Clinic,* 29 septembre 1894, p. 328.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Février 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

LES MONSTRES PAR DÉFAUT ET LES MONSTRES PAR EXCÈS DE FÉCONDATION

PARTHÉNOGÉNÈSE — KYSTES DERMOIDES

POLYSPERMIE — MONSTRES DOUBLES

Par **Mathias Duval** (1).

La connaissance des processus normaux de la fécondation a été suivie presque aussitôt de connaissances essentielles sur le mode de production d'une catégorie de monstres restés jusque-là problématiques, les monstres formés de la confluence d'un ou de plusieurs embryons, les monstres doubles en particulier. On peut dire que cette partie de la tératogénie, qui était la plus obscure hier, est aujourd'hui la plus complètement élucidée. « L'un des résultats les plus importants, au point de vue théorique, de mes observations sur l'entrée du zoosperme dans l'œuf, dit H. Fol, a été de montrer que chez des œufs sains et normalement fécondés, il ne pénètre qu'un élément mâle dans chaque vitellus. Une autre série d'études non moins importantes m'a appris qu'il peut entrer plusieurs

(1) Cet article est un extrait du chapitre *Tératogénie* (pathologie générale de l'embryon) qui doit paraître sous peu dans le traité de *Pathologie générale* publié par le professeur CH. BOUCHARD. Nous remercions l'éditeur, M. G. Masson, de la large complaisance avec laquelle il nous a permis de faire cet extrait, avec les figures qui l'accompagnent.

spermatozoïdes dans un seul vitellus, mais que ce phénomène est toujours d'ordre pathologique. » Et, en effet, dans ses observations, qui ont porté sur les Échinodermes, et en opérant par la fécondation artificielle, H. Fol a constaté que quand on féconde des œufs qui ne sont pas encore assez mûrs (avant l'excrétion des globules polaires), ou bien des œufs trop mûrs (plusieurs heures après la formation des globules polaires), ou bien encore quand on opère avec les œufs d'animaux ayant souffert d'un trop long état de captivité, on constate que les propriétés de l'œuf ne sont plus celles qu'il présente dans les conditions normales, notamment à ce point de vue que, après l'entrée d'un premier spermatozoïde, la surface du vitellus ne donne pas naissance, sur toute son étendue, à cette membrane limite qui normalement ferme l'accès à tout nouveau spermatozoïde. Dans les conditions que nous venons de rappeler, un second. parfois un troisième, et même un plus grand nombre de spermatozoïdes peuvent pénétrer dans l'œuf; la tête, ou chromatine nucléaire de chacun de ces spermatozoïdes, donne lieu à la formation d'un pronucléus mâle, puis d'un aster mâle; l'aster le plus rapproché du pronucléus femelle se conjugue avec ce dernier, comme dans la fécondation normale; puis le noyau combiné, ainsi résultant, s'unit encore avec l'aster mâle le plus voisin, et parfois encore à un troisième.

La suite du développement de ces œufs donne des larves monstrueuses, et, en suivant graduellement les phases par lesquelles passe l'œuf, on le voit d'abord se segmenter selon le mode caryocinétique ; seulement, au lieu de l'*amphiaster* de la segmentation normale, on voit se produire un *tétraster;* le vitellus, au lieu de se diviser en deux, se scinde du coup en quatre sphères égales, et cette manifestation de l'état double du germe se poursuit dans les stades suivants: ces œufs anormaux par polyspermie, après s'être montrés divisés en quatre sphérules aux stades où les autres n'en ont que deux, en présentent huit alors que les autres n'en ont

que quatre, et ainsi de suite. Les planules qui résultent de ces œufs anormaux ont un nombre double de cellules que les œufs normaux, monospermiques ; enfin à l'époque où les larves normales présentent l'invagination primitive qui donne naissance à la forme dite *gastrula*, les larves monstrueuses ont plusieurs enfoncements au lieu d'un seul : ce sont des larves polygastrées. Le nombre des invaginations a paru à H. Fol répondre exactement au nombre des asters mâles précédemment constatés dans l'œuf. Or comme chaque invagination gastruléenne correspond à un individu, et a la caractéristique d'une unité spécifique, on voit que la polyspermie aboutit à la formation de plusieurs sujets aux dépens d'un seul œuf: les monstres doubles résultent de l'entrée de deux spermatozoïdes dans un œuf.

L'observation directe nous fait donc assister à des actes tératogéniques qui ont leur première origine dans l'acte même de la fécondation, dans un rapport anormal entre l'ovule et les spermatozoïdes, et notamment par l'excès des éléments fécondateurs mâles. Mais on pouvait aussi se demander si, inversement, l'insuffisance, l'absence de la fécondation, ne serait pas capable de donner des formes autrement monstrueuses, des développements incomplets et très frustes. Chez nombre d'animaux invertébrés, dans des conditions spéciales, l'œuf se développe sans fécondation, par parthénogenèse. Or, l'observation de plus en plus intime de l'évolution des vertébrés a montré que le même phénomène était relativement fréquent chez eux, et que si le plus souvent il ne donnait lieu qu'à un commencement de segmentation, il pouvait aussi, par exception, aboutir à des formations blastodermiques distinctes et même, quoique très rarement, à des organes embryonnaires plus ou moins irrégulièrement groupés. C'est ainsi que l'origine parthénogénique des kystes de l'ovaire, d'abord vaguement soupçonnée, a été mise en évidence par le rapprochement de faits nombreux formant série, depuis les tumeurs dermoïdes les plus rudimentaires, jusqu'aux formations fœtales pourvues de membres, dans des

kystes ovariques de femmes vierges. La monographie de Répin, sur ce sujet (1), marque à cet égard un pas important dans les progrès des études tératogéniques. C'est par cette question que nous commencerons.

I. — DÉVELOPPEMENT SANS FÉCONDATION. PARTHÉNOGÉNÈSE

Kystes dermoïdes de l'ovaire.

Le développement de l'ovule en un embryon, sans intervention de l'élément mâle, sans fécondation, est un fait bien connu pour un grand nombre d'animaux inférieurs. Il a reçu le nom de *parthénogénèse*. Notons tout de suite que la parthénogénèse est généralement impuissante à produire de longues séries de générations et que, si la reproduction sexuelle n'intervient pas à un moment donné, les produits parthénogénétiques arrivent à présenter des formes incomplètes et abortives.

La parthénogénèse pourrait-elle se manifester accidentellement chez les vertébrés supérieurs et donner lieu à des produits incomplets, monstrueux? C'est une idée qui a de bonne heure traversé pour ainsi dire l'esprit des tératologistes, mais sans y faire grande impression, à propos de l'explication des kystes dermoïdes de l'ovaire, dans lesquels en trouve de véritables fragments d'embryons ou de formations blastodermiques. I. Geoffroy Saint-Hilaire s'est trouvé très embarrassé pour donner, dans sa classification, une place à ces produits rudimentaires. En effet, il en parle ou les cite en deux places bien différentes de sa tératologie, d'abord à la fin de l'étude des monstres unitaires parasites, à propos des zoomyles, puis à la fin de celle des monstres doubles parasitaires, à propos des Endocymiens, et c'est dans ce dernier passage que, faisant allusion à la parthénogénèse,

(1) RÉPIN. *Origine parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire.* Thèse de Paris, 1891.

« il serait sans doute fort curieux, dit-il (*op. cit.*, t. III, p. 310), de voir une anomalie réaliser chez la femme ce mode si curieux de reproduction que Bonnet a démontré chez les pucerons par d'ingénieuses et célèbres expériences ». Encore ne fait-il ce rapprochement qu'à propos de certains cas « vagues et équivoques » de môles de l'utérus.

C'est seulement avec l'acquisition de connaissances précises sur l'ovule et sur son origine que l'hypothèse de l'origine parthénogénétique de certaines productions ovariques pouvait être scientifiquement formulée. Les travaux de Waldeyer marquaient un progrès important dans cette direction, puisque nous voyons cet auteur (*Arch. f. Gynæk.*, 1870) attribuer l'origine des kystes dermoïdes de l'ovaire au développement anormal de certaines cellules de l'épithélium germinatif, cellules qui au lieu de se transformer en ovules, pendant la période embryonnaire, seraient restées inactives dans les tubes de Pfluger, c'est-à-dire, en définitive, dans les ovisacs. Ainsi l'hypothèse de Waldeyer ne fait pas encore réellement allusion au développement d'un ovule non fécondé ; elle est comme une introduction à l'idée de l'origine parthénogénétique de certains néoplasmes ovariens, mais elle ne spécifie ni l'origine précise, ni la nature de ces néoplasmes ; en effet, Waldeyer invoque seulement une activité anormale des éléments du follicule de de Graaf, et c'est dans les cellules de ce follicule que, du reste, il voit le point de départ commun de tous les kystes de l'ovaire.

De sorte qu'on peut dire que l'hypothèse récente de la parthénogénèse, appliquée uniquement aux kystes dermoïdes, n'a pas été suggérée par le besoin d'expliquer l'origine de ces productions, mais qu'elle a découlé comme conséquence naturelle des observations nouvelles faites par les embryologistes sur la possibilité de voir, chez les vertébrés, certains ovules présenter un commencement de développement sans fécondation. Aussi l'historique de la question est-il extrêmement court. En 1872, Œllacher constate la segmentation de l'œuf d'oiseau non fécondé. En 1884, ayant été amené à

faire la même constatation, je publiai une revue de tous les cas analogues observés jusque-là chez les vertébrés (1). La liste en était nombreuse et démonstrative. Bien plus, elle contenait un cas relatif à l'espèce humaine, publié dès 1864 par Morel, à Strasbourg, mais resté oublié et inconnu depuis D'autre part, bientôt après, un de nos élèves ayant eu l'occasion d'étudier un kyste dermoïde, y trouva, non pas quelques formations cutanées. poils et dents, mais l'ébauche non méconnaissable d'un embryon presque entier, quoique rudimentaire et monstrueux dans toutes ses parties ; à ce produit embryonné il était impossible d'assigner une origine autre qu'un ovule et d'invoquer pour le développement abortif de cet ovule une hypothèse autre que celle de la parthénogénèse ; c'est ainsi que Répin fut amené à publier sa très remarquable monographie sur la question que nous allons rapidement résumer ici. Depuis cette époque, des cas analogues ont été observés; ainsi Reverdin a donné l'étude d'un kyste dermoïde ovarien qui sort également de la série banale des kystes renfermant des poils ou des dents, car il renfermait des organes plus complexes, et notamment des appendices digitiformes, dont l'un présentait à son extrémité une petite production cornée et dont l'autre renfermait un squelette ostéo-cartilagineux, et l'auteur de cette étude déclare ne pouvoir expliquer ce cas qu'en invoquant un développement parthénogénétique intra-ovarien. D'autre part. les notions sur la segmentation parthénogénétique des ovules, survenant d'une manière accidentelle, dans la série animale, se sont encore étendues, car Henneguy a montré, dans un travail récent (*Journal de l'anatomie et de la physiol.*, janvier 1894) que, dans les ovisacs non ouverts et en voie d'atrésie, la segmentation parthénogénétique est un phénomène très fréquent, chez divers mammifères et notamment chez les chéiroptères.

(1) MATHIAS DUVAL. Sur la segmentation sans fécondation. In *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 25 oct. 1884, p. 585.

Vu la fréquence et la régularité de ces phénomènes de division de l'œuf non fécondé, on peut donc dire que la segmentation parthénogénétique est un processus ordinaire, presque normal. Ce qui est plus rare, c'est que cette segmentation aboutisse à la formation d'un blastoderme ; ce qui est infiniment rare, c'est qu'elle se continue jusqu'à la production de rudiments embryonnaires affectant la forme d'organes fœtaux plus ou moins reconnaissables. Le cas décrit par Répin, dans la monographie à laquelle nous allons faire de nombreux emprunts, est à cet égard des plus remarquables. Il s'agit d'un kyste dermoïde renfermant un rudiment de fœtus pourvu de quatre membres inégaux, et terminé, en guise de tête, par un massif osseux cubique surmonté de trois dents ; les quatre membres étaient parfaitement reconnaissables, bien que rudimentaires et bizarrement contournés ; dans chaque membre les extrémités terminales sont mieux conformées que la partie moyenne et surtout que la racine. Ainsi dans les membres inférieurs, pour ne citer que cet exemple, on trouvait des phalanges reproduisant d'une manière remarquablement exacte la conformation normale, puis des métatarsiens formés chacun d'une diaphyse et de ses deux épiphyses ; dans le tarse on reconnaît facilement le calcanéum et l'astragale à côté d'autres osselets trop rudimentaires pour être déterminés. La jambe se compose de deux os à peu près informes, puis une bande osseuse représente le fémur et s'articule avec un os dont la configuration rappelle assez bien les principaux traits de celle d'un os iliaque. A l'examen microscopique, la peau qui recouvre ces formations présente un grand développement du corps papillaire et des glandes sébacées, ainsi qu'on le voit généralement dans les kystes dermoïdes. Chose remarquable, ce corps rudimentaire n'avait pas de tube digestif ; mais à côté de lui, complètement indépendant, était un cordon cylindrique, contourné, à extrémités flottantes, dont la section donnait lieu à l'écoulement d'une substance semblable au méconium ; l'étude microscopique de ce cordon

y montre une tunique séreuse, une tunique musculaire épaisse et enfin une muqueuse pourvue de villosités bien développées, c'est-à-dire qu'on y trouve la structure de l'intestin aussi typique que possible. Disons enfin que le corps de l'embryon renfermait divers cordons nerveux, lesquels, notamment le nerf sciatique droit, présentaient des caractères histologiques tout à fait normaux. Ainsi il est impossible, dans ce produit d'un ovaire atteint de dégénérescence kystique à la fois dermoïde et mucoïde, et en présence de cette production tératoïde, il est impossible de ne pas reconnaître les linéaments d'un embryon. Un embryon aussi nettement individualisé ne peut être que d'origine ovulaire. Or, en passant en revue, comme l'a fait Répin, tous les cas connus de kystes dermoïdes, on voit qu'ils forment une série continue, reliée par toutes les formes de transition, depuis les kystes renfermant des embryons dans un état approximativement complet, en passant par ceux qui contiennent des pièces osseuses dont la configuration rappelle exactement les os normaux du squelette, c'est-à-dire des parties d'embryons, jusqu'à ceux où on ne rencontre que des fragments d'appareils, des organes de moins en moins importants, de plus en plus réduits. Il devient dès lors évident que tout kyste dermoïde de l'ovaire représente bien un être imparfait à peine ébauché, mais pourtant distinct ; c'est-à-dire que tous les kystes dermoïdes de l'ovaire sont embryonnés, qu'ils sont tous d'origine ovulaire.

En rapprochant ces considérations des détails histologiques que nous a donnés Henneguy, sur les faits de segmentation parthénogénétique, on arrive à comprendre l'état rudimentaire que doivent fatalement présenter les produits d'un développement aussi anormal. « S'il fallait, dit Répin (*op. cit.*, p. 85), donner une caractéristique anatomique des monstres, il nous semble que cette caractéristique devrait être cherchée dans un vice d'organisation bien plus profond encore que tous ceux qu'on rencontre chez les monstres engendrés par génération sexuée. Ce vice, c'est *l'absence*

ou l'arrêt de développement d'un ou de deux feuillets du blastoderme. Il est impossible, en effet, de ne pas être frappé de ce fait que le feuillet cutané est représenté dans tous les kystes dermoïdes sans exception, le feuillet moyen (cartilages, os, muscles) dans un nombre restreint de cas, et le feuillet interne (épithélium intestinal) dans quelques-uns seulement. On peut donc dire que la très grande majorité des dermoïdes ne renferment qu'un seul feuillet blastodermique développé, ou deux feuillets, si l'on prend en considération la présence du derme, mais que dans tous les cas le feuillet externe prédomine d'une façon très marquée. Pourquoi le feuillet externe occupe-t-il cette place prépondérante ? Certainement parce qu'il est le premier en date dans le développement de l'embryon et que ce développement s'arrête ici peu après que ce feuillet est formé. Peut-être serait-il possible de reconnaître encore un autre caractère spécial dans l'organisation des monstres des dermoïdes ovariens. On sait que les parties embryonnaires qu'on rencontre dans ces kystes au lieu d'être groupées ensemble dans l'ordre normal de manière à représenter un ou plusieurs segments somatiques, sont le plus souvent dispersées sans aucun ordre sur la paroi du kyste. Ainsi, le monstre décrit par Répin possédait un corps parfaitement caractérisé par la présence d'un axe vertébral, d'une extrémité céphalique et de quatre membres assemblés de la manière normale ; mais le tube digestif, représenté par une anse de 5 à 6 centimètres de longueur, s'était développé à part, à une certaine distance et sans être relié au reste du corps. De plus, un os relativement volumineux, ressemblant tout à fait au corps du sphénoïde, était également isolé du reste. Ne serait-on pas tenté de dire que, dans ces cas, au lieu d'un seul centre de formation embryonnaire, il y en a eu deux ou trois et qu'on se trouverait en présence d'une anomalie inédite qui pourrait être désignée sous le nom de *défaut d'individualisation* ou d'*apolarité* du blastoderme.

Il n'existe que quelques rares observations dans lesquelles

on ait pu, dans l'espèce humaine, constater les premières phases de ces formations parthénogénétiques, dont les phases ultimes de développement sont représentées par les innombrales cas de kystes dermoïdes. L'observation de Morel, à laquelle nous avons fait précédemment allusion, est la suivante (Morel. *Traité d'histologie*, Strasbourg, 1864) : « En examinant, dit-il, des vésicules de de Graaf, hypertrophiées, chez des femmes mortes de péritonite puerpérale, huit à dix jours après l'accouchement, nous avons rencontré plusieurs ovules, dans lesquels la segmentation était aussi nettement dessinée que dans les œufs fécondés (l'auteur donne une figure qui ne laisse aucun doute sur l'interprétation des faits) ; seulement les cellules du pseudo-blastoderme subissaient déjà la métamorphose graisseuse. Dans d'autres ovules, le contenu était complètement transformé en une masse graisseuse. Tous ces ovules étaient entourés d'une zone cellulaire provenant du disque proligère de la vésicule de de Graaf, et dont les éléments sphériques ne pouvaient être confondus avec les cellules polyédriques résultant de la segmentation du vitellus. La segmentation du jaune est donc possible sans fécondation préalable. Du reste, le phénomène de la segmentation de l'œuf non fécondé n'a rien d'anormal en soi, car l'ovule n'est qu'une cellule, et chaque jour on observe que les cellules de l'organisme, sous l'influence d'une cause irritante, offrent aussi une segmentation ou prolifération nucléaire, à la suite de laquelle naissent les produits pathologiques les plus variés. » On voit que dans cette courte réflexion était contenu en principe tout ce que devait nous révéler plus tard une étude plus approfondie. Du phénomène de la segmentation parthénogénétique on passe à la production du kyste dermoïde clinique par les observations de Steinlin, qui a vu le jeune kyste apparaître dans l'intérieur du follicule de de Graaf ; il s'y montre tout d'abord sous la forme d'une petite masse charnue, qui, à la phase la plus jeune observée par Steinlin, avait le volume d'un grain de chènevis ; cette masse semble adhérer aux

parois du follicule dont elle ne se laisse que difficilement énucléer. Plus tard il devient plus facile de l'en distinguer, grâce à l'existence d'une mince fissure, apparente sur les coupes, qui la sépare de la paroi. On constate alors que le bourgeon en question n'adhère à la paroi du follicule que sur une face, par une sorte de large pédicule. Plus tard la fissure devient une cavité, dans laquelle s'épanche du liquide ; le bourgeon se vascularise, des glandes sébacées s'y montrent, et le kyste dermoïde est constitué.

Il est actuellement impossible de rien dire de précis sur les circonstances qui peuvent sinon provoquer la segmentation parthénogénique, puisque c'est là un mode normal de transformation des ovules dans les ovisacs atrésiés, mais faire que cette segmentation aboutisse exceptionnellement à des productions blastodermiques ou même fœtales. Ici encore c'est un champ ouvert à l'expérimentation, comme le montrent les recherches de Tichomirow, qui, sur les œufs du *Bombyx mori*, a pu provoquer à volonté, par une forte irritation chimique ou mécanique, le développement sans fécondation.

L'analyse des monstres par parthénogénèse présente un fait très remarquable, que déjà I. G. Saint-Hilaire avait noté à propos des différentes catégories de môles (*Tératologie*, II, 544); c'est que souvent on trouve dans ces vestiges fœtaux non seulement des parties caractéristiques des très jeunes embryons, ou bien des parties qui existent chez l'embryon et seulement chez l'embryon déjà avancé dans son développement, mais encore des parties complètement étrangères à la vie intra-utérine et plutôt caractéristiques de l'état adulte. Tel est le cas des dents de la seconde dentition, qu'on trouve tantôt contenues encore dans leurs alvéoles, tantôt complètement développées, le plus souvent les dents des deux dentitions subsistant à la fois. Or, quoique I. G. Saint-Hilaire examine ces faits en dehors de la théorie parthénogénétique, il en donne une explication à laquelle nous ne trouvons aujourd'hui rien à modifier.

Parmi les circonstances qui se rattachent à la production de ces monstres, fait-il remarquer (*loc. cit.*, p. 553), il en est une vraiment fondamentale, c'est la longue durée de la gestation, longue durée qui, si elle se présente pour divers cas de grossesses extra-utérines, est le cas ordinaire, nécessaire pour les produits ovariens parthénogénétiques. Pendant le long temps que l'embryon rudimentaire passe dans le kyste ovarien, il subit une sorte d'incubation, s'accroît, comme le montre l'accroissement graduel de la tumeur. Quoique borné à un petit nombre de systèmes organiques, cet accroissement dépasse les limites de celui qui a lieu dans les conditions normales de la vie fœtale, comme l'atteste l'allongement très considérable des cheveux, l'ossification successive des parties osseuses, et l'éruption des dents de seconde dentition ; on voit, en effet, que celles-ci viennent comme dans les conditions ordinaires de la vie extra-utérine, c'est-à-dire de l'enfance: elles succèdent à des dents de première dentition, dont elles déterminent la chute comme dans l'état normal. Ainsi se trouvent associés divers états qui semblent au premier abord en opposition, mais dont chacun a ses conditions déterminantes, à savoir d'une part une formation embryonnaire rudimentaire, et d'autre part un développement et surtout un accroissement exagéré, plus que normal, des parties qui ont pris naissance.

Nous ne saurions quitter cette importante question de monstres par parthénogénèse, sans dire un mot des théories précédemment émises pour la formation des kystes dermoïdes. De ces théories les unes invoquent des interprétations tératologiques qui sont relatives à la genèse d'autres formes monstrueuses auxquelles on voudrait rattacher ces productions kystiques ; les autres invoquent divers processus embryologiques plus ou moins anormaux. Nous examinerons d'abord celles-ci, c'est-à-dire la théorie des *grossesses extra-utérines*, de l'*enclavement* et du *néoplasme*.

Nous n'insisterons pas sur la théorie du *néoplasme*. Elle est due principalement à Lebert (Soc. de biologie, 1852), qui

entreprit de démontrer que les dermoïdes ne sont que de simples tumeurs, remarquables seulement par leur nature entièrement différente de celle des tissus voisins. Mais Lebert se limite de propos délibéré aux cas les plus frustes ; il existait cependant alors déjà quelques observations de kystes renfermant des parties bien évidemment embryonnaires ; mais Lebert les repousse purement et simplement comme autant de fables et d'erreurs. Après l'étude que nous venons de faire, il nous paraît inutile d'insister, et nous croyons pouvoir déclarer qu'il est impossible que des cellules autres qu'un ovule puissent, en se développant à une époque et dans une direction anormales, donner naissance à des productions figurées. L'individualisation, à quelque degré qu'elle se montre, et si imparfaite qu'elle soit dans les tératomes de parthénogénèse, est un caractère qui décèle sûrement une origine ovulaire.

Nous aurons, dans une autre partie de cette étude, à donner quelques détails sur ce processus particulier, connu sous le nom d'*enclavement* (ne pas confondre avec l'*inclusion fœtale*), et par lequel s'explique la formation de kystes dermoïdes situés dans diverses parties du corps ; une petite région de la peau, restée pour ainsi dire en arrière pendant le développement, déprimée au milieu des parties voisines, est enclavée par celles-ci au sein des tissus sous-jacents, et peut, par son accroissement ultérieur, donner lieu à la formation d'un kyste. C'est cette théorie, exacte pour bien des cas, qu'on a voulu appliquer également aux productions dermoïdes de l'ovaire, en attribuant ceux-ci à une invagination ectodermique qui se serait produite au niveau de la région lombaire. His et Pouchet ont insisté sur des dispositions embryonnaires qui pouvaient donner une apparence de vraisemblance à cette manière de voir. G. Pouchet a signalé le voisinage et la contiguïté du feuillet externe avec les premiers rudiments du corps de Wolff, c'est-à-dire avec la masse embryonnaire mésodermique d'où naîtra l'appareil génito-urinaire, et il a invoqué cette disposition comme

intervenant dans la formation des kystes dermoïdes aussi bien de l'ovaire que du testicule. His a été plus explicite encore, puisqu'il a considéré le canal de Wolff comme se formant aux dépens de l'ectoderme, manière de voir que les recherches embryologiques ultérieures n'ont pas confirmée. Du reste, le canal de Wolff ne prend aucune part à la formation de la glande génitale. D'autre part, un enclavement ectodermique, s'il peut fournir des poils, des ongles, des glandes et même des dents, ne serait pas en état de fournir les tissus multiples qu'on rencontre dans les dermoïdes ovariens, et surtout n'expliquerait pas que ces productions tératoïdes prennent la forme d'organes déterminés (membres, tube digestif, etc.), et même d'embryons à peu près entiers.

Reste la théorie d'une *grossesse extra-utérine* : la fécondation, qui a lieu normalement dans le conduit tubaire, peut se faire accidentellement à la surface de l'ovaire, et, faute d'autre source d'explication, on pourrait à la rigueur penser, pour les produits embryonnaires des kystes ovariques, qu'un spermatozoïde aurait pu pénétrer jusque dans une vésicule de de Graaf, et y provoquer le développement sur place de l'ovule. Mais il est toute une série de cas devant lesquels cette théorie tombe d'elle-même. Ce sont les kystes dermoïdes des filles non pubères et vierges, et ceux qui ont été trouvés chez des femmes affectées de malformations congénitales telles qu'elles excluent absolument toute possibilité de fécondation.

Une autre série de théories invoque, avons-nous dit, des faits tératologiques d'un ordre spécial, et aboutit à faire rentrer les cas de kystes ovariques embryonnés dans la classe des monstres doubles, dans la catégorie des monstres endocymiens ou par inclusion (inclusion fœtale, à distinguer de l'*enclavement* ci-dessus indiqué), ainsi que nous l'avons indiqué déjà à diverses reprises en parlant des idées de Geoffroy Saint-Hilaire sur ce sujet. C'est donc à propos de la formation des monstres doubles endocymiens que nous parlerons de cette théorie qui explique un grand nombre de monstruo-

sités, mais qui certainement n'est pas applicable aux produits tératoïdes des kystes de l'ovaire. Il nous suffira pour le montrer de signaler les quelques détails suivants : les parasites endocymiens, qui sont de fait frères du sujet porteur, manifestent leur présence à une époque rapprochée de la naissance de ce sujet, et leur accroissement est limité aux premières années de celui-ci ; c'est-à-dire que les symptômes de l'inclusion fœtale s'observent exclusivement pendant le bas âge et l'enfance ; au contraire, les kystes dermoïdes, dont le produit tératoïde est, selon la théorie de la parthénogenèse, non plus frère mais fils du sujet porteur, se manifestent, dans l'immense majorité des cas, de vingt à trente-cinq ans, et, chose très démonstrative, il existe des observations de kystes dermoïdes trouvés chez des femmes dont l'ovaire, examiné au cours d'une laparotomie antérieure, avait été trouvé sain (Répin, *op. cit.*). La parthénogénèse a donc lieu essentiellement pendant la période de la vie où l'ovaire présente des vesicules de de Graaf et des ovules arrivant à maturité ; et s'il existe quelques cas rares de kystes dermoïdes de l'ovaire chez des enfants, il ne faut pas oublier ce que nous savons aujourd'hui sur l'évolution, au moment de la naissance, d'un certain nombre d'ovisacs, qui arrivent à maturité, puis sont normalement frappés d'atrésie. Enfin rappelons que les kystes dermoïdes de l'ovaire sont fréquemment bilatéraux, et que pour expliquer ce fait dans l'hypothèse de l'inclusion, il faudrait supposer une inclusion abdominale bilatérale, c'est-à-dire, comme nous le verrons à propos des monstres composés, une gémellité univitelline triple, avec situation toute spéciale des embryons, réunion de circonstances que la rareté de la gémellité triple doit faire considérer comme presque irréalisable. Si enfin nous remarquons encore que les kystes dermoïdes de l'ovaire sont rarement isolés, et qu'à côte du kyste principal on en trouve souvent d'autres plus jeunes, distincts et indépendants du premier, nous aurons signalé les principales considérations qui s'opposent à ce qu'on puisse invoquer ici l'inclusion fœtale.

L'origine parthénogénétique de certains tératomes nous paraît d'une importance théorique trop grande pour que nous négligions d'aller au-devant des objections qui pourraient lui être opposées par le fait des tératomes testiculaires. Nous dirons donc d'abord, qu'il faut distinguer les tératomes scrotaux, d'une part, lesquels peuvent être ramenés à la monstruosité double parasitaire sans plus de difficulté qu'un tératome périnéal ou pubien, et d'autre part les tératomes testiculaires, qui sont situés sous l'albuginée, et en connexion évidente avec la glande génitale. Or pour ces derniers, la parthénogénèse peut être invoquée aussi bien que pour les kystes de la glande femelle, puisque nous savons aujourd'hui que la glande génitale est primitivement hermaphrodite, c'est-à-dire qu'on trouve dans le testicule embryonnaire des ovules primordiaux, aussi bien que dans l'ovaire en voie de développement. La persistance de ces ovules primordiaux dans le testicule jusqu'à l'époque de la puberté (Balbiani), les cas d'hermaphrodisme de la glande, si fréquents chez certains vertébrés, et observés même dans l'espèce humaine, suffisent pour nous permettre d'assimiler, en leur assignant une même origine parthénogénétique, les kystes dermoïdes de l'ovaire et les kystes du testicule généralement considérés comme des cas d'inclusion testiculaire.

II. — Polyspermie ou Hyperfécondation

(*Monstres doubles.*)

Nous avons précédemment indiqué comment Fol avait découvert que l'entrée de deux spermatozoïdes dans un œuf y déterminait des processus intimes aboutissant à l'apparition de deux centres embryonnaires, et finalement à un monstre double. Nous avons rappelé dans quelles conditions il avait pu provoquer cette entrée de deux spermatozoïdes dans un ovule d'échinoderme. Nous devons ajouter ici que, depuis son premier travail (1879), Fol a confirmé ces premiers résultats, et varié d'une manière bien instruc-

tive ses essais expérimentaux. Il a notamment expérimenté selon une méthode fort élégante, qui consiste à opérer sur des œufs d'oursin parfaitement frais, mûrs à point, mais qu'il narcotisait momentanément, un peu avant la fécondation artificielle, par immersion dans l'eau saturée d'acide carbonique. Ces œufs, à moitié engourdis, laissent pénétrer trois à quatre zoospermes dans leur intérieur. Les trois ou quatre noyaux mâles vont se réunir au noyau femelle, et il survient un temps de repos pendant lequel rien ne ferait deviner ce que la fécondation a eu d'anormal, si ce n'est la durée plus grande de cette période d'immobilité. Mais au moment où le premier fractionnement se prépare, on voit apparaître une figure caryocinétique complexe, à trois ou quatre pôles au lieu de deux, ou bien deux amphiasters parallèles ; puis le nombre des cellules de fractionnement est au moins double de celui que présentent des embryons normaux de l'âge correspondant, et plus tard les larves ont des formes irrégulières et souvent deux ou trois cavités gastréales. De plus, H. Foll a constaté que si les œufs ont été très profondément engourdis par l'action prolongée de l'acide carbonique, ils laissent entrer de cinq à dix spermatozoïdes ; s'il en pénètre un plus grand nombre, l'œuf succombe et ne se développe pas. Dans les œufs qui se développent, un certain nombre de noyaux mâles traversent le vitellus et vont se réunir au noyau femelle ; d'autres restent dans la partie superficielle du vitellus et ne diffèrent du noyau fécondé que par des dimensions moindres ; lors du fractionnement, le noyau fécondé se change en un tétraster ou en un double amphiaster, dont chacun paraît être un centre de développement, car celles des larves qui survivent prennent une forme de polygastrées.

Cette influence diplogénétique de l'entrée de deux spermatozoïdes a été confirmée de divers côtés. De l'exposé qui va suivre il résultera que non seulement cette polyspermie est l'une des causes possibles de la diplogénèse, mais qu'elle en est même la seule cause probable, en tout cas la seule qui

ait pu être bien étudiée. C'est pourquoi ce chapitre, intitulé *Des accidents de la fécondation*, sera entièrement consacré à l'étude de la formation des monstres doubles.

L'existence de deux sujets unis l'un à l'autre en général par des régions homologues des corps et d'une manière symétrique, a donné lieu à bien des théories : les uns ont voulu y voir le résultat de la *soudure* de deux sujets primitivement distincts ; les autres ont cru à la *division*, au dédoublement (bifurcation) d'un sujet primitivement simple et unique. Nous ne nous arrêterons pas tout d'abord à ces théories. Nous préférons commencer par l'exposé des faits, c'est-à-dire des observations, aujourd'hui recueillies en assez grand nombre et selon des types assez variés pour amener à une solution du problème, sans hypothèses. Nous exposerons donc d'abord les conditions qui président à la *disposition morphologique* des monstres doubles ; nous verrons alors que ces dispositions, de par leur mécanisme étiologique, forment des séries correspondant, avec quelques légères modifications, à la classification établie par Geoffroy Saint-Hilaire ; nous examinerons ces séries pour les monstres doubles *autositaires* et pour les *parasitaires* ; c'est alors seulement que nous passerons rapidement en revue les théories classiques de la diplogénèse, pour conclure par la théorie de la *polyspermie*. Enfin nous montrerons l'importance de la polyspermie en tératogénie, en parlant de ses rapports avec la *gémellité univitelline*, ce qui nous amènera à trancher la question des *omphalosites* que nous rattacherons aux monstres doubles.

A. — *Conditions étiologiques de la morphologie des monstres doubles.*

Aujourd'hui l'étude de la formation des monstres doubles n'est plus une question de théorie, d'hypothèses, c'est une question de faits d'observation. La production par diplogénèse a été suivie, dans presque toutes ses phases, selon les

divers types, à peu près comme a été suivi le développement de l'embryon normal. Ce sont ces faits que nous exposerons d'abord, rejetant à la suite de cet exposé l'examen des théories anciennes, dont il sera alors facile de saisir l'insuffisance en même temps que de juger la part de vérité que chacune d'elles renfermait. Le point de départ de cette étude doit être la connaissance que nous avons actuellement de l'effet produit, dans l'œuf des Invertébrés, par l'entrée de deux spermatozoïdes, par la polyspermie, par l'hyperfécondation. Dans ces cas, dès les premiers phénomènes qui suivent la fécondation, tous les processus embryologiques se produisent à l'état double, depuis la formation d'un tétraster au lieu d'un amphiaster de segmentation, jusqu'à la double invagination qui aboutit à une gastrulation double, selon les descriptions de Foll. Chez les Vertébrés, le phénomène de gastrulation se traduit, à la surface de l'œuf, par l'apparition de la *ligne primitive*, qui représente un orifice rusconien, c'est-à-dire l'orifice de la gastrula, l'orifice de l'invagination gastruléenne (1). Il s'agit donc de savoir si les observations faites sur les premiers états des monstres nous montrent un état double de la ligne primitive. C'est ce qu'on constate en effet chez les oiseaux, et les résultats de l'observation sont ici assez nombreux pour nous montrer que les différents types de diplogénèse résultent, pour ainsi dire, géométriquement des diverses dispositions que peuvent présenter deux lignes primitives apparues sur un même disque blastodermique.

Rappelons d'abord que la ligne primitive apparaît sous la forme d'une encoche sur le bord du disque blastodermique du poulet (fig. 1, en A) ; ce disque blastodermique continuant à s'étendre, la petite encoche prend la forme d'une ligne (soit à l'état de fente perméable, soit à l'état de raphé produit par la soudure des bords de la fente (fig. 1, en C), dirigée

(1) MATHIAS DUVAL. De la formation du blastoderme dans l'œuf d'oiseau. In *Ann. des sciences naturelles (zoologie)*, 1884, t. XVIII.

radiairement de la périphérie vers le centre du disque ; puis, à un moment donné, cette ligne se sépare de la périphérie correspondante du disque blastodermique qui continue à s'étendre sur la sphère vitelline pour l'envelopper jusqu'à son hémisphère inférieur. La ligne primitive est dès lors située en plein disque blastodermique (fig. 1, en D), radiairement étendue vers le centre qu'elle n'atteint pas, et bientôt, coiffant son extrémité dirigée vers le centre, apparaît le dessin des lames, puis de la gouttière médullaire, c'est-à-dire les premiers linéaments du corps de l'embryon (fig. 1, en E). Malgré la concision extrême de ce résumé de la première apparition de la ligne primitive et du corps de l'embryon

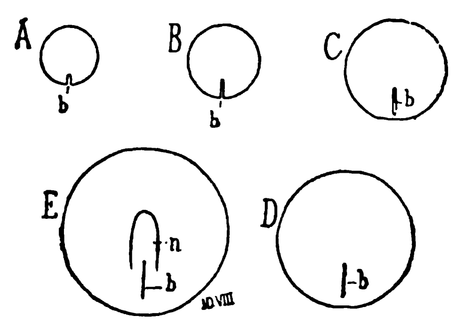


Fig. 1. — Schéma de la ligne primitive.

(voir pour de plus amples explications, les planches III et IV de notre *Atlas d'embryologie*), il suffira pour l'intelligence de ce qui va suivre, si nous ajoutons que la région de la ligne primitive correspond à la future région anale (région caudale, bassin) de l'embryon, dont la tête au contraire se formera au niveau de l'extrémité antérieure de la gouttière médullaire, c'est-à-dire de l'extrémité dirigée vers le centre du disque blastodermique.

Or s'il y a eu polyspermie, la diplogénèse, qui se manifeste par une double gastrulation, se traduira ici par l'apparition de deux lignes primitives. Ces deux lignes primitives, d'après les conceptions *a priori*, et d'après ce qui est vérifié par l'observation, apparaîtront toujours sur les bords du disque

blastodermique et pourront, l'une par rapport à l'autre, affecter toutes les positions possibles, depuis celle où elles sont en opposition (fig. 2, en A), c'est-à-dire situées aux deux extrémités d'un même diamètre, en passant par celle où elles sont à angle obtus ou droit (B et C), à angle aigu (D), jusqu'à celles où elles sont très voisines, placées côte à côte, parallèlement l'une à l'autre (en E) ou même se confondent par leur extrémité périphérique ou postérieure (F). Étudions ce qui pourra advenir de deux embryons ayant pour point de départ des lignes primitives placées selon ces dispositions, dont il nous suffira d'examiner cinq types.

1° *Lignes primitives en opposition* (fig. 2, en A). — Dans

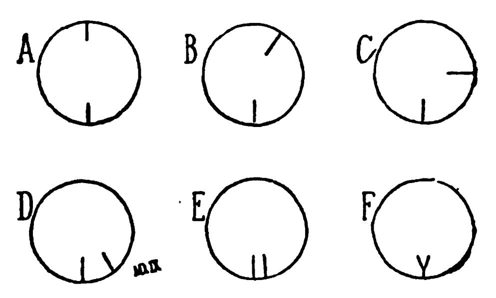


FIG. 2. — Schéma des diverses positions que peuvent occuper deux lignes primitives sur un seul disque blastodermique.

cette disposition de deux lignes primitives, les deux embryons se développeront en marchant l'un vers l'autre par leurs extrémités céphaliques qui arriveront bientôt au contact et pourront se souder. Nous n'avons pas besoin de figure schématique pour représenter ce processus, car l'observation nous en présente une série de cas qui ont la valeur démonstrative d'un schéma. C'est d'abord un blastoderme observé par Reichert et dans lequel deux gouttières médullaires, provenant de deux lignes primitives en opposition, marchent à la rencontre l'une de l'autre par leurs extrémités céphaliques qui ne sont pas encore arrivées au contact (fig. 3, en A). C'est ensuite un cas de de Baer (fig. 3, en B),

présentant les mêmes dispositions, mais avec cette différence que les deux têtes sont arrivées au contact et même se soudent par leurs extrémités. Puis, parmi d'autres observations dont nous laissons de côté toutes celles qui feraient ici double emploi, il faut citer encore une observation de Dareste, que nous reproduisons dans la figure 3, C, et ici nous voyons bien nettement les deux embryons réunis par

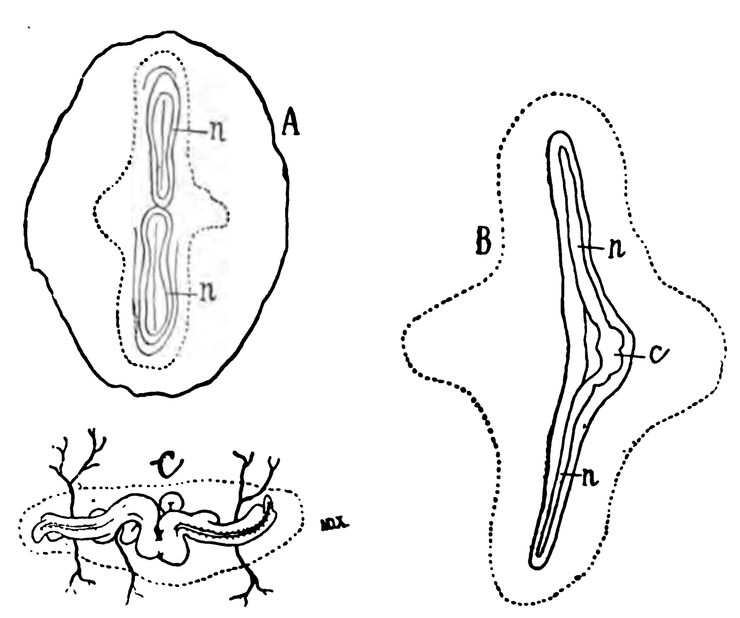


FIG. 3. — Trois stades de formation d'un monstre Céphalopage.
A, d'après Reichert. — B, d'après de Baer. — C, d'après Dareste. — Les lignes pointillées indiquent les limites de l'aire transparente.

le sommet de leurs têtes, les autres parties (cœur, tronc, membres antérieurs et postérieurs) étant disposées de manière à se développer normalement.

Ainsi la diplogénèse ayant pour origine deux lignes primitives en opposition, donnera essentiellement un monstre double composé de deux sujets soudés par le vertex. Nous disons essentiellement, parce que, comme le montrent

diverses observations que nous avons laissées de côté, les deux têtes, qui viennent au contact dans la disposition en question, peuvent arriver à se fusionner d'une manière plus intime, de façon à donner des monstres doubles sycéphaliens ; mais ceux-ci sont surtout le résultat des lignes primitives disposées à angle obtus, que nous étudierons dans un instant. Cherchant à simplifier autant que possible dans ces questions complexes, nous admettrons donc, comme il vient d'être dit, que deux lignes primitives en opposition ont, en cas de soudure, pour résultat diplogénique, la production de deux sujets soudés par le vertex.

Mais nous savons que les monstres soudés par le vertex peuvent l'être dans deux situations bien différentes : chez les uns l'union se fait front à front et occiput à occiput ; ce sont les *Métopages* ; chez les autres, l'union est telle que le front de l'un des sujets est soudé à l'occiput de l'autre, et l'occiput du premier au front du second ; ce sont les *Céphalopages*. Or l'embryologie normale nous permet d'expliquer très facilement ces deux dispositions inverses. On sait que l'embryon, appliqué d'abord sur le disque blastodermique, se tord bientôt sur lui-même de manière à se coucher sur le côté, normalement sur le côté gauche, avec saillie de l'anse cardiaque à droite, comme nous l'avons vu à propos de l'inversion des viscères ; mais parfois aussi la torsion se fait en sens inverse, l'anse cardiaque fait saillie à gauche, l'embryon se couche sur le côté droit. Ce mouvement de torsion commence par la tête, c'est-à-dire que c'est très primitivement que la tête se couche à droite ou à gauche. Or s'il arrive, dans le cas de deux lignes primitives en opposition, que les deux embryons se couchent normalement sur le côté gauche, il est facile de comprendre que la soudure des vertex se fera selon le type *Céphalopage* ; elle sera selon le type *Métopage*, au contraire, si des deux embryons l'un se couche normalement sur le côté gauche, et l'autre, par exception à l'orientation ordinaire, sur le côté droit.

Déjà ici nous voyons quelle signification il faut attribuer

à cette prétendue loi formulée par Geoffroy Saint-Hilaire, sous le titre d'*affinité de soi pour soi*, *d'union des parties similaires*. Les métopages obéiraient à cette loi, puisqu'ils sont unis front à front ; les céphalopages y feraient exception, puisque chez eux chaque front correspond à un occiput. En réalité, la loi de l'union des parties similaires n'exprime autre chose que le fait de concordance des mêmes organes chez des sujets placés côte à côte ou bout à bout. Nous n'y insisterons pas pour le moment, puisque cette question recevra naturellemsnt ses développements par l'exposé des autres formes de diplogénèse, puis par l'étude des soudures des membres chez les monstres simples syméliens. Nous devons seulement annoncer par avance que dans les cas de diplogénèse, et à part certains faits de monstres parasitaires, où l'atrophie d'un des sujets fait disparaître la symétrie primitive, les dispositions des lignes primitives, et par suite celles des embryons qui en partent, sont telles que les deux corps ne peuvent faire autrement que de se correspondre par des parties similaires, et, s'il y a soudure, se fusionner par ces mêmes parties. Nous le voyons déjà pour les cas de soudure par les deux têtes, résultant de deux lignes primitives en opposition ; il n'est pas possible qu'avec un semblable point de départ les deux sujets se rencontrent et se soudent autrement que par les têtes ; mais à part l'homologie des deux têtes entre elles, la prétendue loi de l'affinité de soi pour soi serait observée dans la *métopagie*, tandis que la *céphalopagie* y ferait exception. Or nous venons de voir que la céphalopagie rentre plutôt dans la règle normale, puisqu'elle résulte de ce que les sujets se sont couchés tous deux, selon le cas normal, sur le côté gauche, tandis que la métopagie résulte d'une exception, l'un des sujets s'étant couché anormalement sur le côté droit.

2° *Lignes primitives à angle obtus ou à angle droit.* — D'après l'étude du cas précédent, il est facile de comprendre que si les deux lignes primitives sont disposées à angle obtus (fig. 2, en B) ou à angle droit (fig. 2, en C), les deux

embryons en voie de formation arriveront à se rencontrer et à se souder également par les têtes, mais non plus directement par le vertex; la soudure sera latérale et pourra s'étendre sur les parties situées plus bas, c'est-à-dire le cou et même le thorax. Dareste nous donne (fig. 2 de sa pl. XV) une figure montrant la production d'une diplogénèse de ce genre; les deux têtes apparaissent dans ce cas comme réunies en une masse unique; c'est, dit Dareste, un monstre *sycéphalien* en voie de production. Ce même auteur nous donne une figure représentant une disposition où la fusion des deux corps doit s'étendre plus bas encore, sur le cou et le thorax. Il faut bien remarquer, et nous insisterons plus loin, d'une manière générale, sur cette interprétation, que quand nous disons soudure ou fusion, il ne faut pas entendre par là simplement la formation de deux parties d'abord bien distinctes, qui arrivent à se toucher et à s'accoler, mais bien plutôt ce fait que deux organes homologues, deux moitiés de tête, la moitié gauche de la tête d'un sujet, et la moitié droite de celle de l'autre, ne trouvent à leur disposition, pour se former, qu'une seule et même partie du blastoderme, tant sont voisins et contigus les deux centres de formation des deux têtes ou des deux cous, de telle sorte que les parties naissent d'emblée soudées, leurs portions intermédiaires et communes ayant pris leur origine dans une seule et même masse de cellules blastodermiques. On comprend donc qu'en partant de deux lignes primitives disposées à angle droit, deux embryons puissent arriver à affecter les divers types des monstres doubles *Monocéphaliens* (*Déradelphes*, *Thoradelphes*, etc.) et *Sycéphaliens* (Janiceps, Iniopes, Synotes).

3° *Lignes primitives disposées à angle aigu.* — La figure 4, en A, nous donne une idée de ce qui pourra advenir de deux embryons développés sur deux lignes primitives disposées à angle aigu. La fusion des têtes n'aura lieu que dans leurs parties inférieures basales, leurs extrémités frontales pouvant se développer indépendamment. Rauber a observé un blasto-

derme sur lequel se réalisaient ces dispositions (fig. 5) et il est dit très expressément dans sa description que les extrémités

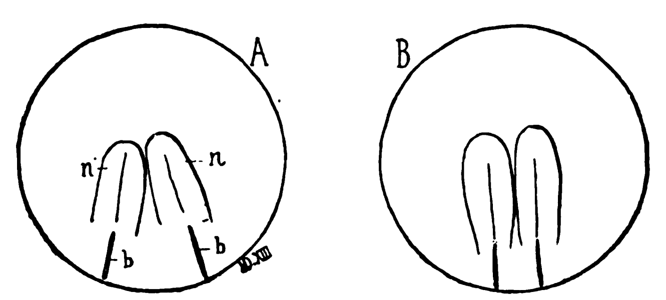


FIG. 4. — Dispositions de deux lignes primitives, à angle aigu (A), ou placées parallèlement côte à côte (B).

céphaliques des deux gouttières nerveuses étaient séparées l'une de l'autre par un profond sillon, qui allait s'atténuant vers la région dorsale. Des dispositions semblables doivent

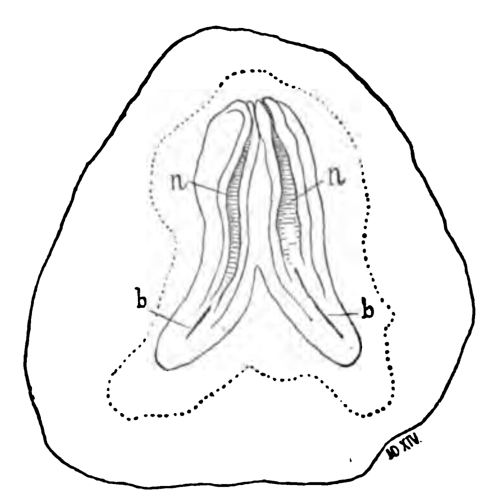


FIG. 5. — Monstre double (Hémipage) en voie de formation (observation de Rauber).

donner lieu à un *Hémipage* caractérisé par l'union des deux thorax et des deux cous, union qui s'étend jusqu'aux deux

bouches confondues en une seule et même cavité ; c'est-à-dire que les deux têtes sont fusionnées dans leur portion inférieure, tandis que chaque sujet conserve distincte et séparée la partie supérieure de sa face et son crâne.

Il est évident qu'on ne saurait tracer de limites absolues entre ce qui peut résulter de deux lignes primitives à angle droit ou de deux lignes primitives à angle aigu. Il nous suffit de voir par là que la transition est graduelle des Sycéphaliens aux Hémipages, comme nous allons voir qu'elle l'est entre ceux-ci et les types de diplogénèse qui vont suivre.

4° *Parallélisme des lignes primitives.* — Deux lignes primitives qui se forment dans le voisinage l'une de l'autre, mais chacune bien indépendante, dans une même région des bords du blastoderme, seront disposées à peu près parallèlement et donneront lieu à deux gouttières médullaires semblablement disposées (fig. 4, en B) ; on voit donc que les extrémités antérieures (têtes) et postérieures (origine des membres postérieurs) resteront indépendantes, mais que les troncs pourront se fusionner d'une manière plus ou moins intime, parfois très superficiellement, selon que les deux embryons se développeront étroitement pressés l'un contre l'autre, ou bien disposés à une certaine distance. Une figure de Dareste montre ce processus de diplogénèse en voie de réalisation ; deux sujets sont unis latéralement, les têtes sont bien séparées. Ainsi seront produits des monstres dont les rapports peuvent être très divers, selon qu'ils se sont soudés ou développés en partie par une masse blastodermique commune, soit au moment où les deux embryons étaient encore couchés sur leur face ventrale, soit au moment où ils se sont retournés pour reposer sur l'un de leurs côtés ; dans le premier cas, les deux seront soudés sur le côté et affecteront la disposition caractéristique des *Ectopages ;* dans le second, si les deux sujets se font face, il y aura production d'un *Sternopage*, ou bien, avec réduction de la soudure au minimum, simplement d'un *Xiphopage ;* et si les deux sujets se tournent le dos, il y aura production d'un monstre *Pygopage*.

5° *Lignes primitives fusionnées à leur extrémité périphérique.* — Cette disposition pourrait, au premier abord, faire croire à la bifurcation d'une ligne primitive unique, et nous amener à la théorie de la diplogénèse par bifurcation ou dédoublement. Mais nos connaissances sur la formation de la ligne primitive nous montrent qu'il n'en est pas ainsi. Rappelons, en effet, que cette ligne prend naissance par une encoche du bord du disque blastodermique, encoche qui s'allonge graduellement en incorporant les portions immédiatement voisines de ces bords du blastoderme. Or si deux lignes primitives apparaissent dans le voisinage immédiat l'une de l'autre, sous la forme de deux encoches bien indépendantes, mais presque immédiatement contiguës, comme le montre la figure 6, en A, il est bien évident que chacune

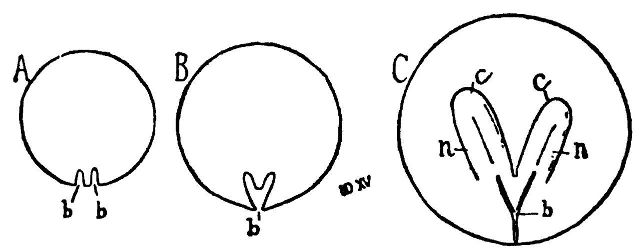


Fig. 6. — Développement de deux lignes primitives qui arrivent à se fusionner par leur extrémité périphérique.

de ces lignes primitives, en s'allongeant, ne trouvera pas, dans la portion de blastoderme interposée aux deux encoches, de quoi s'accroître indépendamment de sa voisine, de sorte que les deux encoches arriveront à se confondre en une seule (fig. 6, en B), c'est-à-dire à donner lieu à la formation d'une ligne primitive simple en arrière, bifurquée en avant, mais représentant en réalité deux lignes primitives qui se sont fusionnées à leur extrémité périphérique ou postérieure. Si maintenant nous tenons compte de ce fait que la ligne primitive répond à la future région anale, au bassin, nous comprendrons que les embryons qui se développent en partant de deux lignes ainsi disposées, se dirigeront en

divergeant (fig. 6, en C), n'auront aucune tendance à se souder par leurs extrémités antérieures, mais resteront fusionnés par la partie postérieure de leur corps, et que, selon la plus ou moins grande divergence qu'ils affecteront, cette fusion s'étendra plus ou moins loin en avant sur le tronc. Diverses figures de Dareste nous représentent, en voie de développement, quelques formes de diplogénèse devant résulter de ce mode de disposition des lignes primitives. Il est facile de comprendre que si la soudure s'étend très loin en avant, nous aurons la série des monstres *monosomiens* (Atlodymes, Iniodymes, Opodymes); puis, avec une soudure de plus en plus réduite, la série des *Sysomiens* (Dérodymes, Xiphodymes, Psodymes); peut-être faut-il considérer les *Ischiopages* comme formant le terme ultime de cette série, c'est-à-dire représentant le minimum de soudure à l'extrémité postérieure, puisque ces monstres possèdent toutes les parties d'un double bassin, avec quatre membres inférieurs, mais un rectum et un anus unique.

B. — *Sériation et nouveaux aperçus sur la classification des monstres doubles.*

Ce résumé, dans lequel nous avons laissé de côté bien des points importants pour ne nous attacher qu'aux plus essentiels, nous montre que les modes de connexion des sujets composant un monstre double présentent des dispositions géométriques, selon les conditions dans lesquelles peuvent se rencontrer deux lignes, en supposant que ces deux lignes partent de la périphérie d'un même disque, et qu'elles aient la même longueur, le même développement. Une première série de monstres doubles, provenant de lignes primitives en opposition ou à angle très obtus, nous montre deux sujets disposés comme les deux branches d'un Λ renversé (fig. 7, en 1); puis, provenant de deux lignes primitives à angle droit, nous voyons les deux sujets disposés comme un Λ renversé dont les deux branches seraient soudées sur une

certaine étendue au niveau de la pointe, c'est-à-dire comme un (λ) Y grec renversé (fig. 7, en 2) ; une deuxième série, provenant de lignes primitives à angle aigu, nous montre (hémipagie) la branche supérieure de cette figure se subdivisant en deux (fig. 7, en 3), disposition qui, en passant aux monstres provenant de deux lignes primitives placées parallèlement côte à côte, arrive à former la lettre X (fig. 7, en 4); enfin une troisième série, provenant de lignes primitives soudées par leur extrémité postérieure, nous montre deux sujets figurant successivement un Y grec droit (fig. 7, en 5), monstres monosomiens, puis en V (fig. 7, en 6), monstres psodymes (et peut-être les Ischiopages). En faisant, dans ces schémas figurés par des lettres, abstraction des formes de transition (λ, Y), c'est-à-dire des y grecs droits et renversés,

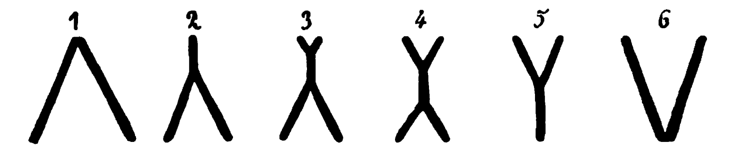


Fig. 7. — Schéma de la série diplogénétique.

nous voyons que nous arrivons en définitive à concevoir trois types de monstres doubles, ceux en Λ, ceux en X et ceux en V. Or, ces trois types correspondent d'une manière générale aux trois grandes divisions établies par I. Geoffroy Saint-Hilaire, les monstres en Λ sont les *Tératodelphes*, c'est-à-dire les Sycéphaliens et les Monocéphaliens, auxquels il faut ajouter les Céphalopages et les Métopages ; les monstres en X sont représentés par un certain nombre de *Tératopages*, c'est-à-dire les Pygopages, les Ectopages, les Sternopages et les Xiphopages, mais non les Céphalopages et Métopages qui doivent rentrer dans le type précédent, ni probablement les Ischiopages qui doivent sans doute appartenir au type suivant; enfin les monstres en V comprennent tous les *Tératodymes*, auxquels nous paraissent devoir être rattachés les Ischiopages.

On voit combien a été géniale la classification de Geoffroy Saint-Hilaire, puisque, de par la seule analyse anatomique des monstres doubles, il est arrivé à les disposer en groupes qui correspondent au groupement basé sur la connaissance de leurs processus tératogéniques. Un seul de ces groupes se trouve démembré par la classification tératogénique, c'est celui des Tératopages ; nous en avons détaché les Hémipages, fait peu important, parce que ceux-ci représentent une forme de transition, et qu'en somme ils sont intermédiaires entre les monstres en λ et les monstres en X ; nous en avons également séparé les Ischiopages, et nous n'insisterons pas sur cette distinction, les limites de cette étude ne nous permettant pas de discuter la question. Mais, fait plus important, qui mérite quelques détails, nous avons dû en séparer aussi presque tous les Eusomphaliens (Métopages et Céphalopages), et nous devons nous expliquer ici, au point de vue de la tératogénie comparée, sur la valeur de la division établie par Geoffroy Saint-Hilaire, des Tératopages, en Monomphaliens et Eusomphaliens. Geoffroy Saint-Hilaire attachait une grande importance à l'existence ou non existence de deux ombilics distincts. Or, comme l'a fait remarquer Dareste, cette considération ne peut constituer un caractère dominateur. D'une part, on a constaté parfois, chez les Mammifères, l'existence de deux ombilics chez des monstres Iléadelphes et Synadelphes, qui, d'après Geoffroy Saint-Hilaire, devraient n'en avoir qu'un. D'autre part, quand on passe des Mammifères aux Oiseaux, aux Reptiles et aux Poissons osseux, c'est-à-dire aux Vertébrés chez lesquels la vésicule ombilicale ne se sépare pas du corps de l'embryon par un cordon, mais chez lesquels elle est, de manières diverses, incorporée au corps même de l'embryon, on voit que, dans tout monstre double, les deux sujets composants arrivent fatalement à un moment donné à être unis par leurs ombilics, quel que soit du reste entre eux l'autre mode d'union caractéristique de la diplogénèse.

Mais il est un fait de tératogénie comparée que nous devons au moins indiquer sommairement. C'est que chez les Poissons osseux, les formes de diplogénèse observées se rapportent presque exclusivement au type en V, aux Tératodymes. Ce fait est la conséquence du mode de développement de la ligne primitive. Tandis que chez les Oiseaux, ainsi que nous l'avons démontré (1), il se produit une division du travail dans l'évolution du blastopore, c'est-à-dire qu'après avoir formé la ligne primitive, les bords du blastoderme continuent, indépendamment de celle-ci, à envelopper l'énorme masse du jaune, chez les Poissons osseux, cette division du travail n'a pas lieu,et la formation de la ligne primitive s'achève seulement en même temps que l'enveloppement du jaune, que la fermeture du blastopore. Il en résulte que, tandis que chez les Oiseaux et les Mammifères, deux lignes primitives nées sur un même blastoderme peuvent demeurer indépendantes par leurs extrémités postérieures, chez les Poissons osseux, ces deux lignes primitives arriveront fatalement à se confondre par ces extrémités lors de l'occlusion du blastopore dont elles dépendent, c'est-à-dire que toujours la formation d'un monstre double, chez les Poissons, doit aboutir au schéma que nous avons donné dans la figure 6 ; par suite, sera toujours réalisée la soudure des deux embryons à leur région postérieure ou anale, vu la forme et le volume de l'œuf ; le plus souvent, cette soudure se produira seule et donnera lieu à la *tératodymie* simple ; mais si, par exception, une autre forme de diplogénèse (céphalopagie, par exemple) s'est produite, elle arrivera toujours à se compliquer ultérieurement de *tératodymie* ; dans la diplogénèse des Poissons osseux, la tératodymie est fatale, de même que nous avons vu l'omphalopagie compliquer toute diplogénèse des Oiseaux.

---

(1) Mathias Duval. La signification de la ligne primitive (L'Homme, *Journal des sciences anthropologiques*, 1884).

C. — *Conditions déterminantes de la production et de la morphologie des monstres doubles parasitaires.*

Jusqu'à présent nous n'avons parlé que des cas où les deux sujets, formés sur un même blastoderme, en partant de deux lignes primitives, se développent également, de sorte que les deux embryons, étant placés de la même manière, par rapport au centre du blastoderme, ne peuvent se trouver en contact que par les parties homologues de leur corps, c'est-à-dire obéissent à la prétendue loi de l'union des parties similaires, ce qui est caractéristique des monstres doubles *autositaires*. Mais il peut se faire que l'un des sujets ait un développement moindre que l'autre ; il est facile de comprendre qu'alors la soudure se fera par des parties non homologues, et qu'ainsi prendront naissance les diverses formes de monstres doubles hétérotypiens et hétéraliens. Nous ne saurions insister ici sur ces processus de diplogénèse hétérotypique. Pour en signaler quelques cas des plus frappants, faisons encore remarquer que le sujet dont le développement est moindre peut même être résorbé dans une certaine partie de son étendue, et n'être plus représenté que par un fragment d'individu inséré sur l'autre ; ainsi les *Épicômes* sont des monstres doubles craniopages, dont l'un des sujets n'est plus représenté que par une tête rudimentaire soudée à la tête du sujet principal ; chez les *Hypognathes*, on trouve une tête rudimentaire soudée à la mâchoire inférieure du sujet principal, et les diverses formes, souvent si bizarres, de polygnathisme ne présentent plus de difficulté d'interprétation depuis qu'Ahlfeld a montré que la localisation irrégulière de cette monstruosité est liée à la flexion de l'extrémité céphalique de l'embryon, et rendu compte de ses différentes variétés (tératomes de la voûte palatine, de la paroi postérieure du pharynx, de l'hypophyse) ; enfin les monstres *polymèdes* nous montrent de même une série de cas où nous passons des soudures entre parties homologues, comme chez les *Pygomèles*, aux soudures tout à fait hétérogènes,

par le simple fait de non concordance des deux embryons, comme chez les *Notomèles* et les *Céphalomèles*.

La production des *Endocymiens*, c'est-à-dire de l'inclusion fœtale abdominale, reconnaît les mêmes causes, et mérite de nous arrêter un instant. Cette question a été également étudiée avec soin par Ahlfeld. Sans entrer dans l'examen des cas divers, nous emprunterons à Répin (*op. cit.*, p. 64) l'exposé du cas suivant. Supposons, comme précédemment, deux embryons disposés sur un même blastoderme, mais de développement inégal, et assez éloignés l'un de

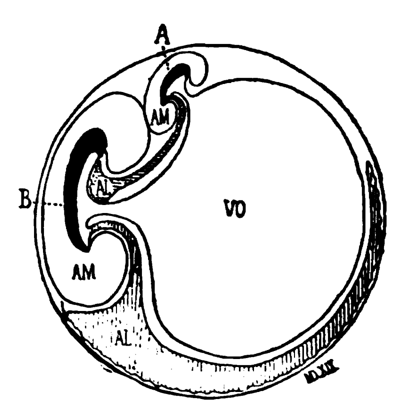


FIG. 8. — Schéma de la production des monstres endocymiens

l'autre pour que les deux amnios puissent se produire d'une manière indépendante. Supposons de plus que le développement de A soit en retard sur celui de B (fig. 8). Lorsque l'allantoïde de A se forme et s'engage dans le cœlome extra-embryonnaire, les surfaces externes des deux amnios pourront être déjà arrivées au contact, ainsi que cela est représenté dans la figure, et ainsi une barrière infranchissable s'opposera à ce que l'allantoïde de A puisse atteindre la surface de l'œuf, le chorion. Cette allantoïde, ainsi emprisonnée entre les deux amnios d'une part, et le sac vitellin d'autre part, ne pourra que gagner la cavité pleuro-péritonéale de B, où elle rencontrera deux larges surfaces d'implantation

sur l'intestin primitif et sur le mésentère. Il est donc facile de concevoir que cette allantoïde contracte avec ces parties des adhérences qui se transforment bientôt en anastomoses vasculaires. A partir de ce moment, le sort de l'embryon retardataire est définitivement arrêté ; il est facile de comprendre qu'il sera graduellement attiré dans la cavité abdominale du sujet plus développé, c'est-à-dire que l'inclusion abdominale se produira. Il est très remarquable que Wolff ait déjà prévu ce mécanisme à une époque où les connaissances embryologiques commençaient à peine à fournir quelques données à la tératogénie. Wolff, en effet, a expressément indiqué, à propos de certains cas de gémellité, que si les deux embryons étaient inégaux dans leur développement, le frère mal développé serait absorbé par son frère complètement développé. Il est vrai que Wolff faisait allusion à l'œuf de la poule, et que, chez les Oiseaux, l'embryon ne se séparant pas du jaune qui rentre peu à peu dans la cavité abdominale, où il se trouve complètement renfermé lors de l'éclosion, il est évident que si un second embryon plus petit, atrophié, rudimentaire, est formé sur le même jaune, en même temps qu'un embryon normal, il sera peu à peu absorbé par celui-ci et dégluti, pour ainsi dire, dans son orifice ombilical. « Puisque, dit Wolff, les intestins de ces deux fœtus s'insèrent sur un seul et même vitellus, chacun de ces fœtus s'efforcera d'attirer ce vitellus dans son abdomen, et je suis sûr que si l'un des fœtus est normal et l'autre tout petit, le premier absorbera le second tout entier avec le vitellus. »

Après inclusion, le sujet inclus peut être soumis à une résorption partielle, de sorte que chez les Endocymiens on retrouvera des formes incomplètes rappelant celles des Hétérotypiens ou des Hétéraliens (sujet parasite réduit à une tête, à une mâchoire, à un rudiment imparfait). Cette résorption des éléments de l'un des sujets d'un monstre double a pu être suivie dans toutes ses phases pour les Hétérotypiens, chez les Poissons, où l'absence d'enveloppes fœtales rend l'observation si facile.

D. — *Théories de la diplogenèse.*

Nous avons exposé les processus tératogéniques de la diplogenèse, aussi bien pour les monstres doubles autositaires que pour les parasitaires, d'après des faits révélés par l'observation, et non d'après des hypothèses. Ces faits d'observation nous ont montré que les monstres doubles résultent, à la suite d'une hyperfécondation, de deux lignes primitives sur un même blastoderme, c'est-à-dire en un seul et même œuf. Mais est-ce là le seul processus tératogénique auquel les monstres doubles puissent devoir leur origine? Et d'autre part l'hyperfécondation, l'apparition de deux lignes primitives donne-t-elle nécessairement lieu à la soudure ou fusion des deux sujets ainsi produits ? Ce sont deux questions que nous allons examiner, en même temps que nous jetterons un coup d'œil sur les plus célèbres théories de la diplogenèse, question qui a si particulièrement exercé la sagacité de tous les tératologistes. Ces théories peuvent se grouper sous deux titres : *théorie de la soudure et théorie de la division ou bifurcation.* Car nous laisserons de côté, comme de nature trop peu scientifique et se rattachant à la vieille doctrine de la préexistence des germes, la théorie qui considérait les monstres doubles, aussi bien que toutes les autres monstruosités, comme préformés dans l'œuf.

Par *théorie de la soudure* on a toujours compris la coalescence de deux embryons distincts, provenant *chacun d'un œuf particulier ;* c'est seulement peu à peu, et relativement tard, que, de par les résultats de l'observation, on a conçu la possibilité de la présence de deux embryons dans un même œuf, puis sur un même blastoderme. Donc, dans la théorie de la soudure par dualité primitive, la production de monstres doubles était liée nécessairement à la gémellité, dont elle serait un cas particulier. Remarquons donc en passant que la gémellité a été pendant longtemps considérée comme résultant de l'existence de deux embryons développés toujours dans des œufs distincts, mais que les progrès de

l'obstétrique ont montré que la gémellité peut se produire dans des conditions bien différentes, sur l'une desquelles nous nous expliquerons plus loin. C'est Lémery, en 1724, qui formula le premier, d'une manière complète, l'hypothèse de la soudure de deux embryons. On lui objecta ce fait curieux que la monstruosité double est souvent plus fréquente chez les espèces unipares que chez les multipares ; que par exemple l'espèce bovine, qui est ordinairement unipare, présente autant de monstruosités doubles que le chat, et beaucoup plus que le chien. Mais sans nous arrêter ici aux objections ou aux confirmations théoriques de cette hypothèse, voyons ce que les recherches expérimentales ont donné à cet égard. Les œufs de la poule présentent parfois une disposition bien favorable à cet égard ; ce sont les œufs à deux jaunes, c'est à dire dans lesquels deux œufs parfaitement distincts sont inclus dans une même masse albumineuse, dans une même coquille ; les deux embryons seront donc dans des conditions de rapprochement, de compression étroite, singulièrement favorables à leur soudure, s'il est vrai que puisse se produire la soudure de deux sujets provenant de deux œufs distincts. Aristote avait déjà émis l'hypothèse que les œufs à deux jaunes devaient donner des monstres doubles. C'est pourquoi de nombreuses expériences d'incubation d'œufs à deux jaunes ont été faites déjà par Harvey, puis par Allen Thomson, Valenciennes, Panum et enfin par Broca et Dareste. Or tous ces observateurs ont constaté que jamais, dans ces conditions, il ne s'est produit de monstre double. Les deux embryons se développent indépendamment l'un de l'autre ; seulement, comme l'espace leur manque, il arrive d'ordinaire que l'un des deux périt avant l'éclosion. Ces faits nous suffisent pour condamner la théorie de Lémery.

D'autre part l'étude du développement des Poissons, les expériences de pisciculture, avaient montré des monstres doubles évidemment développés sur un seul et même œuf, dans des conditions où il était impossible de supposer

l'accolement d'embryons provenant d'œufs différents. En présence de ces faits prit naissance la *théorie de la fissuration* d'un germe, ou d'un premier rudiment embryonnaire unique. Le nom de Valentin est surtout attaché à cette théorie. Comme les monstres doubles sont relativement fréquents dans l'élevage artificiel des Poissons, on pensa qu'ils pouvaient être produits artificiellement par diverses manœuvres de cet élevage, notamment par le brossage auquel on soumet ces œufs pour les débarrasser de divers dépôts; pendant le brossage un germe pourrait être traumatiquement subdivisé en deux parties qui se développeraient ensuite d'une manière indépendante. Les très nombreuses recherches de Lereboullet ne confirmèrent pas cette manière de voir, et l'amenèrent à cette conclusion que les influences extérieures sont étrangères à la production de la diplogenèse.

Si la diplogenèse ne résulte pas de la soudure d'embryons provenant de deux œufs distincts, si le monstre double se forme sur un seul et même œuf, et si cependant il ne résulte pas du doublement d'un embryon simple, c'est donc que la cause de la diplogenèse est à chercher dans l'œuf lui-même avant toute apparition de l'embryon. Ce raisonnement et les faits d'observations qui vinrent l'appuyer ont produit une théorie mixte, qui devait peu à peu, avec la découverte du processus de la fécondation, conduire à la notion de la diplogenèse, telle que nous l'avons exposée. Déjà en 1840, Allen-Thompson pensa que, si les monstres doubles naissent dans un seul œuf, d'un seul blastoderme, c'est qu'il y a primitivement sur ce blastoderme deux centres de développement. Or Coste constata que l'œuf de la lapine peut offrir cette anomalie de présenter deux vésicules germinatives; Laurent fit la même observation sur l'œuf de limaçon, Thompson sur celui-ci de la chatte, Serre et Panum sur celui de la poule, Kœlliker sur celui de la femme. Dès lors une théorie rationnelle de la diplogenèse vit le jour. Un ovule à deux vésicules germinatives possède un double centre formateur; il doit donner naissance à deux cicatricules, qui,

très voisines l'une de l'autre, pourront se fusionner et donner naissance à deux embryons, si voisins l'un de l'autre, se développant aux dépens de parties tellement communes, que les soudures auront lieu dès le début, que la fusion sera primitive. Or l'existence de deux cicatricules sur un seul jaune, chez la poule, avait déjà été signalée par Fabrice d'Aquapendente; puis elle a été observée et figurée par Panum; enfin Dareste en a donné plusieurs cas. Dès 1840, Allen-Thompson, partant de cette origine de la diplogenèse par deux cicatricules sur un même œuf, cherche à expliquer, par le rapprochement ou l'éloignement supposé des axes embryonnaires, la fusion plus ou moins complète des deux embryons, et, par l'obliquité de ces axes, la fusion des extrémités antérieures ou postérieures des deux corps. Davaine reprend avec une admirable lucidité ces interprétations en 1860. Il examine ce qui doit se passer lorsque deux blastodermes sont assez rapprochés, sur un seul jaune de l'œuf de poule, pour qu'ils s'unissent symétriquement, soit par l'extrémité de leur axe, soit latéralement. « Dans l'œuf de poule, dit-il, l'axe du blastoderme a généralement une direction déterminée; l'embryon est transversalement placé au grand axe de l'œuf; si l'axe virtuel du germe possède ainsi une direction primordiale déterminée, deux germes distincts, sur un même vitellus, doivent avoir l'un et l'autre une direction semblable; par conséquent les deux ébauches embryonnaires qui se développeront, se rencontreront fatalement par des parties similaires. « On voit que déjà il expliquait par de simples considérations géométriques ces faits qui avaient amené Geoffroy-Saint-Hilaire à sa fameuse loi de l'attraction et union des parties semblables. Bien d'autres passages seraient à citer de ce remarquable travail de Davaine.

Il résulte donc de cet historique que l'observation directe n'a permis de concevoir la production de monstres doubles que dans deux ordres de circonstances : d'une part, lorsqu'un seul disque blastodermique donne lieu à la production de deux lignes primitives; d'autre part, lorsqu'un œuf présente deux

disques blastodermiques, ce qui est le résultat de la présence dans l'œuf de deux vésicules germinatives, c'est-à-dire de deux noyaux femelles. On voit que les deux ordres de faits sont entièrement homologues ; mais les résultats de l'observation nous montrent que le second cas est rare, presque théorique, peut-être réalisable seulement chez les Vertébrés qui ont un gros vitellus, comme les Oiseaux, les Reptiles et les Poissons cartilagineux. Au contraire l'apparition de deux lignes primitives, la polyspermie, sont des phénomènes relativement fréquents et dont on a pu suivre l'évolution vers les diverses formes de diplogenèse. Si nous ajoutons que dans le cas de deux vésicules germinatives, il a fallu sans doute deux spermatozoïdes pour les féconder, nous voyons que toujours, en définitive, la diplogenèse a pour facteur essentiel la polyspermie, et on conçoit pourquoi nous avons rangé sous ce titre l'étude de la production des monstres doubles. Insistons encore sur ce fait que toutes les données expérimentales nous montrent que la production des monstres doubles doit être rapportée à des accidents de la fécondation : chez les Poissons la fécondation artificielle produit un plus grand nombre de diplogenèses que la fécondation naturelle ; et, parmi les procédés de fécondation artificielle, on a constaté que la fécondation par la méthode sèche donne une proportion plus considérable de diplogenèses que la fécondation par la méthode humide. C'est que sans doute la méthode sèche met ces œufs dans des conditions plus favorables à l'introduction de deux éléments mâles, de même que les anesthésiques et l'asphyxie favorisent la polyspermie dans les ovules d'Échinodermes. C'est ainsi, en effet, que les expériences de Fol et de Hertwig nous montrent qu'on peut expérimentalement, par des influences extérieures, mettre l'œuf des Invertébrés et des Batraciens dans des conditions telles qu'il laisse pénétrer en lui plus d'un spermatozoïde. Chez les Mammifères, certains états de la femelle peuvent sans doute avoir le même résultat, et ainsi s'explique ce fait qu'une même femelle produise, à des reprises différentes, des

monstres doubles semblables, ainsi que Guinard l'a récemment signalé.

E. — *Diplogenèse et gemellité ; question des Omphalosites.*

Nous avons donc répondu à la question de savoir si l'hyperfécondation est le seul processus tératogénique auquel les monstres doubles doivent leur origine. Reste la seconde question, à savoir si l'hyperfécondation, l'apparition de deux lignes primitives, donne toujours et nécessairement lieu à la soudure ou fusion des deux sujets ainsi produits. Les limites de cette étude générale nous forcent à traiter aussi brièvement que possible cette question, à laquelle se rapportent cependant des faits de tératogénie trop importants pour que nous les passions sous silence. Disons d'abord que si les deux embryons nés sur un même blastoderme se trouvent séparés par une distance suffisante pour ne pas arriver au contact, ils pourront rester indépendants ; ce sera simplement un cas de gémellité univitelline. En effet, nous l'avons déjà indiqué, les progrès de l'obstétrique ont montré que la gémellité peut se produire dans des conditions très différentes. L'étude des enveloppes du fœtus, dans les grossesses gémellaires, a appris que tantôt chaque jumeau a son chorion, son amnios et son placenta, et que tantôt les jumeaux ont un chorion commun et un placenta commun. Dans ce dernier cas, les jumeaux peuvent avoir chacun leur amnios ou bien n'avoir qu'un amnios commun. Or l'existence de deux chorions indique l'existence d'un seul œuf possédant deux germes embryonnaires (gémellité univitelline). Ainsi deux jumeaux distincts peuvent provenir d'un œuf, lorsqu'il sont assez favorisés par le sort pour échapper aux causes de soudure. N'est-il pas curieux de voir ainsi renversés les rapports primitivement conçus entre la diplogenèse et la gémellité : aux temps de Lémery, c'était la gémellité, par deux œufs distincts, qui était considérée comme pouvant, par accident, donner lieu à un monstre double ;

l'étude des faits nous montre au contraire que le monstre double provient d'un seul et même œuf, et que cet œuf essentiellement diplogénétique peut, accidentellement, c'est-à-dire par exception, donner lieu à deux sujets distincts et bien conformés (gémellité univitelline). L'espace nous manque pour traiter bien des points de ce sujet, comme par exemple ce fait que les jumeaux univitellins sont toujours unisexués, ce qui ne veut pas dire que les unisexués soient toujours univitellins ; cet autre fait. que les diverses races humaines ne sont pas sujettes à produire avec une égale fréquence les jumeaux univitellins.

Mais ce qui doit nous intéresser, puisque nous traitons ce sujet au point de vue pathologique, ce n'est pas le cas où les deux sujets d'une gémellité univitelline sont normalement configurés, également développés tous deux, mais bien le cas où l'un d'eux est en retard sur l'autre, plus ou moins atrophié, incomplet, non viable, incapable même de parcourir toutes les phases de son développement, s'il était réduit à ses propres organes. Or le fait de l'origine univitelline, de l'origine diplogénétique constitue, pour l'embryon imparfait, des conditions qui lui permettent le développement. Nous avons vu que, en cas de soudure, la diplogenèse, avec développement imparfait de l'un des sujets, donnait lieu aux monstres doubles parasitaires. Or, dans le cas de non soudure, la diplogenèse, avec développement imparfait de l'un des sujets, donne lieu à un monstre *omphalosite* associé à un sujet normal : un Omphalosite est au jumeau bien conformé qui l'accompagne toujours, comme l'avait si bien observé Geoffroy-Saint-Hilaire, ce que le sujet parasitaire est à l'autre élément d'un monstre double. Dareste a insisté avec grand soin sur ces faits. Les Omphalosites (Paracéphaliens et Acéphaliens) sont des sujets si imparfaits qu'ils présentent un défaut de formation de toute la partie antérieure du corps, et n'ont pas de cœur, ou un cœur incapable de remplir ses fonctions. De pareils sujets peuvent se former comme monstres simples, mais alors ils périssent de bonne

heure, dès les premières phases du développement du cœur, sont plus ou moins résorbés et échappent à l'observation, du moins lorsque celle-ci se borne à étudier les produits d'une gestation avancée et plus ou moins à terme. Pour qu'un pareil monstre acéphalien et acardiaque puisse se développer, il faut qu'il se forme dans un même œuf en même temps qu'un frère jumeau bien conformé. Il se produit alors, par le fait de la greffe du placenta, des anastomoses entre les appareils vasculaires des deux embryons, anastomoses qui rendent possible le développement, la vie intra-utérine de l'Acardiaque. C'est donc à tort que Geoffroy-Saint-Hilaire a classé les Acardiaques parmi les monstres simples, en en faisant le groupe des Omphalosites, par opposition à celui des Autosites. Geoffroy-Saint-Hilaire, qui avait si bien formulé cette loi que les Omphalosites existent toujours en même temps qu'un frère jumeau bien conformé, n'en avait pas reconnu la cause. Cette cause, c'est que l'Omphalosite représente l'un des sujets d'une diplogenèse dans laquelle les deux composants sont restés indépendants. Il faut placer, de par la tératogénie, les Omphalosites à la suite des monstres doubles, qui comprennent ainsi, à côté des monstres doubles autositaires, le groupe des monstres doubles parasitaires subdivisé en Parasitaires proprement dits, et en Omphalosites. « L'histoire des monstres doubles parasitaires (dit Dareste, p. 236) se lie nécessairement et par des liens très intimes à celle des monstres omphalosites. Il y a même des cas où la distinction entre les monstres doubles parasitaires et les monstres omphalosites devient à peu près impossible. »

On voit donc que, de par les notions nouvelles de tératogénie, la diplogenèse, la polyspermie, a une part beaucoup plus considérable qu'on n'avait cru dans la production des monstres; bien plus, au point de vue étiologique, il faut sans doute attribuer, dans la production des graves malformations qui caractérisent les Omphalosites, un rôle impor-

tant à ce fait que des anastomoses se sont établies entre les vaisseaux placentaires de deux embryons jumeaux univitellins. Supposons, en effet, que ces deux embryons soient complets, sans arrêt de développement, mais que seulement l'un d'eux soit en retard sur l'autre, soit plus faible. Dans ces conditions, ainsi que l'a fait remarquer Claudius (mais sans avoir la notion du mode particulier de gémellité par diplogenèse, dont il s'agit ici), le cœur le plus vigoureux fera pénétrer dans le placenta une ondée sanguine assez puissante pour refouler le sang envoyé dans cet organe par l'embryon le plus petit. Peu à peu le cœur de ce dernier, perdant toute puissance, subira de tels arrêts de développement qu'il ne sera plus représenté que par quelques vestiges incapables de remplir aucune fonction ; le jumeau le plus faible deviendra donc ainsi acardiaque ; et de telles modifications dans le cours normal du sang ne pourront exister sans amener de nombreux arrêts de développement dans les autres parties du corps. Toujours est-il que les monstres omphalosites ont une circulation incomplète et inverse de l'état normal. En effet, le cœur du fœtus bien conformé envoie le sang au placenta par ses artères ombilicales; mais une partie de sang pénètre dans les artères ombilicales de l'Omphalosite, arrive et se distribue au corps de celui-ci, et en revient par sa veine ombilicale, la circulation de l'Omphalosite constituant ainsi une sorte de diverticule de la circulation du fœtus bien conformé. On voit donc que la question de détacher les Omphalosites des monstres unitaires, pour les rattacher aux monstres doubles, n'est pas une simple curiosité de classification, mais qu'il s'agit ici de tenir compte non seulement des conditions les plus essentielles de la diplogenèse, mais encore des mécanismes pathologiques intimes des nombreuses et considérables malformations du sujet omphalosite. Les plus dégradés des montres omphalosites, les Anides, ou *fœtus amorphes*, comme les a appelés Gurlt, ne continuent, pendant la gestation, à présenter les caractères d'une masse

vivante, que grâce aux vaisseaux qu'ils reçoivent de leur frère bien conformé, d'où le nom de monstres *allantoïdo-angiopages* qui leur a été donné.

Dans tout ce qui précède, nous n'avons fait allusion qu'aux monstres doubles; mais toutes les considérations développées sur ce sujet s'appliquent également, avec de légères variantes, aux monstres triples.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CURETTAGE UTÉRIN DANS LES COMPLICATIONS DE LA RÉTENTION PLACENTAIRE POST-ABORTIVE

Par le Dr **M. Oui.**
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine,
Médecin-résident à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Il n'est plus guère, à l'heure actuelle, d'accoucheurs qui, devant des complications septiques se produisant au cours d'une rétention post-abortive, se contentent de l'expectation antiseptique, c'est-à-dire de la pratique des injections intra-utérines. Laver l'utérus et y laisser séjourner un placenta en partie ou en totalité putréfié sur lequel les injections antiseptiques ne peuvent agir que superficiellement, est en effet absolument illogique. Avec cette méthode, on risque fort de voir la putréfaction continuer, et l'infection générale progresser, dans certains cas même, jusqu'à un dénouement fatal.

Contre la seconde complication, l'hémorragie, un certain nombre d'accoucheurs s'adressent au tamponnement : les uns font le tamponnement vaginal, les autres ont recours au tamponnement intra-utérin. Ces deux procédés d'une même méthode présentent l'avantage incontestable d'arrêter l'hémorragie ; ils ont aussi pour effet d'exciter les contractions utérines, et d'amener souvent, mais pas toujours, le décollement du placenta. J'ai eu, pour ma part, à plusieurs reprises, recours au tampon vaginal et au tampon intra-utérin, et j'avais gardé une préférence notable pour le tampon utérin qui me paraissait plus actif, comme excitant

des contractions utérines, et qui me semblait, de plus, constituer un excellent moyen de faire l'antisepsie de la cavité utérine. Un cas malheureux qu'on trouvera exposé dans le nouvel ouvrage de M. Tarnier (1) a quelque peu diminué mon enthousiasme pour la méthode de Dürhssen. Il reste encore l'emploi des ballons, et en particulier des ballons de M. Champetier de Ribes ; mais il ne faut pas toujours compter sur eux pour amener l'expulsion du placenta. Le plus souvent, le ballon servira surtout à ouvrir l'utérus, et son emploi sera le prélude d'une intervention plus active.

Ainsi, l'indication pressante, l'indication primordiale, lorsque survient un des accidents de la rétention placentaire post-abortive, qu'il s'agisse d'hémorrhagie ou d'infection putride, c'est l'extraction du placenta et des membranes.

Sur ce point, tout le monde est d'accord, ou peu s'en faut; mais les dissentiments s'accusent lorsqu'il s'agit de décider par quels moyens on pratiquera cette extraction. Les uns ne veulent avoir recours qu'au doigt, et préconisent l'extraction manuelle ; d'autres combinent l'action du doigt avec celle de pinces appropriées ; d'autres enfin s'adressent à la curette.

Nous ne reviendrons pas sur toutes les raisons qui ont été données en faveur de tel ou tel mode d'intervention. « La curette est un instrument aveugle et dangereux », disent les uns. « L'extraction manuelle est insuffisante pour vider complètement l'utérus », répondent les partisans de la curette. Et il faut reconnaître que les uns et les autres ont raison.

En réalité, il n'est rien d'absolu en clinique, et le choix de l'intervention est subordonné aux circonstances. Nous publions aujourd'hui une série de 8 cas dans lesquels on a eu recours à l'intervention instrumentale. Ces observations viennent surtout à l'appui d'un sage éclectisme.

Nous avons jugé inutile de publier les nombreuses observations dans lesquelles nous avons eu recours à la simple

(1) TARNIER. *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*, p. 512.

extraction manuelle, avec des résultats fort satisfaisants, car le seul cas de mort par infection putride que nous ayons eu à déplorer depuis trois ans, est dû à une confiance exagérée dans l'expectation antiseptique continuée après le début de l'infection. — De ces huit observations, une m'a été communiquée dans le service de M. le Professeur Lanelongue, par mon excellent ami le Dr Faguet, chef de clinique. Je dois aussi des remercîments à M. Jacques, interne, et à M. Delabaude, externe des hôpitaux, qui ont bien voulu recueillir les observations de deux malades dont l'une a été opérée par M. le Dr Dudon, chirurgien des hôpitaux, et l'autre par moi, dans le service de M. le Dr Gervais Kozysiewicz. La huitième observation est due à l'obligeance de M. le Dr Labusquière que je prie d'agréer mes bons remercîments.

Obs. I (1). — *Avortement au quatrième mois ; rétention placentaire pendant trois mois : hémorrhagies et coliques utérines ; dilatation de l'utérus ; incisions bilatérales du col ; ablation par morcellement d'un polype placentaire ; sutures du col ; guérison.*

Jeanne L..., ménagère, 38 ans, entre à l'hôpital Saint-André, service de M. le professeur Lanelongue, salle 8, lit 24, le 30 juin 1893, pour des hémorrhagies utérines dont le début remonte à trois mois.

Antécédents personnels. — Aucune affection pendant l'enfance ou l'adolescence ; premières règles à 15 ans. Ni syphilis, ni tuberculose. Cinq grossesses : les quatre premières ont été normales dans leur évolution, l'accouchement et la délivrance se sont faits chaque fois dans de bonnes conditions, sans intervention Les suites de couches ont été à peu près physiologiques, bien que la parturiente se soit levée trop prématurément ; elle a repris ses occupations successivement au bout de cinq, trois, huit et trois jours. Dans l'intervalle de ces grossesses les règles reparaissaient avec leurs caractères normaux au point de vue de la durée et de la régularité, mais elles étaient précédées de dou-

(1) Observation inédite communiquée par le Dr Ch. Faguet, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

leurs dans le bas-ventre, de tiraillements du côté de la région lombaire, et suivies de pertes blanchâtres, épaisses et glaireuses.

La cinquième grossesse a été interrompue, sans cause connue, au quatrième mois de son évolution, dans les premiers jours du mois d'avril dernier. A ce moment qui correspondait à peu près à une époque menstruelle, Jeanne L..., eut une hémorrhagie génitale très abondante et des coliques utérines. Le repos au lit et les injections vaginales antiseptiques chaudes, diminuèrent mais n'arrêtèrent pas cette perte de sang. Quinze jours après le début de ces accidents, la malade constata au milieu des caillots de sang, quelques débris membraneux, et deux jours après le fœtus *seul* fut expulsé ; des injections antiseptiques intra-utérines furent pratiquées régulièrement pendant vingt jours, et les hémorrhagies, qui avaient peu à peu diminué, reparurent avec leur abondance primitive. Elles n'ont jamais cessé d'une façon complète depuis cette époque. Les pertes sont constamment glaireuses, jaunâtres, légèrement sanguinolentes, et tous les huit à dix jours survient une hémorrhagie toujours assez abondante.

Pendant les premiers jours, Jeanne L... a eu quelques frissons, mais le thermomètre n'aurait pas dépassé 38°,5. Pas de vomissements.

État actuel (30 juin 1893). — Jeanne L... est très pâle, ses téguments sont décolorés, et tout indique que l'on se trouve en présence d'une femme très anémiée.

L'examen des organes génitaux nous fournit les renseignements suivants :

Au palper, l'abdomen est souple, indolore ; l'utérus est facilement accessible en arrière de la symphyse du pubis ; la pression à son niveau est douloureuse. Rien d'anormal dans les fosses iliaques internes, au niveau des annexes.

A l'inspection de la vulve, on voit s'écouler des pertes jaunâtres, glaireuses, légèrement teintées de sang, non fétides ; déchirure de la fourchette.

Au toucher, le col utérin est gros, profondément déchiré du côté gauche, un peu moins à droite ; ectropion des deux lèvres ; quelques saillies dues à des œufs de Naboth. Le doigt explorateur pénètre facilement dans la cavité cervicale, mais est arrêté au niveau de l'orifice interne infranchissable.

L'utérus est en rétroversion peu accusée ; son volume, facile à apprécier par le palper bi-manuel, est notablement augmenté ;

les culs-de-sac vaginaux sont souples ; les annexes prolabées à droite, en position normale à gauche, ne sont pas douloureuses. Les mouvements communiqués à l'utérus sont assez étendus et peu douloureux.

L'examen au spéculum ne révèle pas de nouvelles particularités.

L'hystérométrie donne 9 centim., et s'accompagne d'un léger écoulement de sang.

Traitement. — Lavages intra-utérins à l'aide du dilatateur de Segond, avec une solution trèschaude (45°) de sublimé à 1 p. 4,000. Introduction d'un crayon d'iodoforme dans la cavité utérine. Tamponnement du vagin avec ouate iodoformée.

Ce même traitement est refait tous les deux jours.

4 juillet. Application d'une tige de laminaire n° 17.

Le 6. Deux tiges de laminaire n° 21. Purgation.

Le 7. Après les soins antiseptiques habituels et l'ablation des deux tiges de laminaire introduites la veille, l'utérus est abaissé à l'aide de deux pinces de Duplay, fixées sur le col. Le doigt introduit dans la cavité utérine permet de constater la présence d'une tumeur volumineuse dont on ne peut atteindre les limites supérieures, de surface irrégulière, largement implantée sur la paroi latérale gauche et sur le fond de la cavité utérine. Cette exploration amène un écoulement de sang assez abondant. Incisions bilatérales du col au niveau des commissures et ablation par morcellement à l'aide de la curette, des doigts, des pinces et des ciseaux, d'un placenta dont la surface extérieure est sphacélée superficiellement, mais dont la plus grande partie est encore vivante et fortement adhérente à la face interne de l'utérus. Le volume de la masse placentaire enlevée atteint à peu près celui d'une mandarine.

Nettoyage complet de la cavité utérine qui, après avoir été curettée, est écouvillonnée à l'aide de six tampons d'ouate enroulée sur de longues pinces ; trois de ces tampons sont imprégnés d'une solution d'acide phénique à 50 p. 1,000 ; les trois autres, d'une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 1,000.

Quatre points de suture au catgut sont appliqués au niveau de chaque commissure incisée.

Gros crayon d'iodoforme dans la cavité utérine. Tamponnement du vagin avec ouate iodoformée.

Suites opératoires excellentes.

Jeanne L... quitte l'hôpital le 25 août, et à ce moment l'utérus

est en bonne position ; son volume est presque normal, sa mobilité physiologique ; l'orifice externe du col se présente sous forme d'une petite fente transversale.

Pas de leucorrhée ; pas de pertes hémorrhagiques. Les règles n'ont pas reparu.

Les fragments placentaires enlevés au cours de l'intervention ont été examinés au point de vue histologique, et on a pu vérifier ce qui déjà avait été constaté : les uns étaient sphacélés, d'autres étaient encore très vivants.

Il s'agit donc, dans ce cas particulier, d'un *polype placentaire* dont la périphérie était en voie de *sphacèle*.

Obs. II. — *Avortement de trois mois et demi. Rétention placentaire. Putréfaction et infection le quatrième jour. Curettage utérin le dixième jour. Guérison.*

Le 6 juillet 1892, je suis appelé par une sage-femme auprès d'une de ses clientes, qui, après avoir eu deux enfants à terme, a fait, quatre jours auparavant, un avortement de trois mois et demi environ. Le placenta a été retenu.

Je me rends auprès de cette femme, que je trouve dans un véritable taudis, où couche pèle-mêle toute la famille composée de cinq personnes, et où règne une malpropreté extraordinaire.

Mon examen confirme le diagnostic de rétention placentaire, car le col se laisse traverser par mon index, et j'arrive à sentir au delà de l'orifice interne une partie décollée du placenta. Cette exploration me fait en même temps constater une putréfaction non douteuse des produits contenus dans l'utérus. La température axillaire est à 38°.

Après un nettoyage aussi complet que possible, mais encore très relatif des organes génitaux externes, je donne une injection vaginale avec une solution de sublimé à 0,50/1,000. Puis, j'irrigue l'utérus avec deux litres de la solution à 0.25/1,000. J'essaie, sans pouvoir y parvenir, de décoller le placenta avec le doigt. Pansement vulvaire avec une large lame de coton antiseptique. Sulfate de quinine : 1 gramme.

Prévoyant toutes les difficultés que je devais éprouver pour arriver à pratiquer l'antisepsie dans un tel milieu, je propose de transporter la malade à l'hôpital. Le mari s'y oppose formellement.

Dans ces conditions, je continue les soins de la façon suivante ;

je fais deux fois par jour des injections intra-utérines au sublimé ; la sage-femme donne trois injections vaginales. Le sulfate de quinine est administré à la dose quotidienne d'un gramme, divisée en quatre cachets.

Les résultats obtenus sont peu brillants. La température se maintient le matin entre 37°,5 et 38°. Le soir, elle atteint 38°,5, 39°, et enfin 39°,5. Cependant, les injections ont ramené une assez grande quantité de débris, et l'odeur de putréfaction a presque complètement disparu.

J'insiste de plus en plus pour obtenir le transport à l'hôpital, et, enfin, le 12 juillet au matin, la malade entre à la clinique d'accouchements. M. le professeur Moussous la voit alors, et conclut avec moi à l'utilité d'un curettage pour nettoyer complètement l'utérus. Le col étant très difficilement perméable à un instrument volumineux, nous jugeons bon d'en pratiquer la dilatation, et j'y place une tige de laminaire n° 16.

Le soir, à cinq heures, je retire la tige de laminaire. Après anesthésie chloroformique, j'introduis facilement le doigt dans l'utérus préalablement abaissé, et que je puis explorer complètement. Le placenta est à peu près à moitié décollé. J'essaie avec le doigt d'achever ce décollement ; mais je ne puis y arriver.

J'enlève alors, avec une pince toute la partie décollée, puis je curette avec soin l'utérus, avec une curette en boucle, tranchante.

De temps en temps, je m'assure, avec le doigt, du travail accompli par l'instrument. *Le doigt vient d'ailleurs, à plusieurs reprises, en aide à la curette qui mord mal sur le tissu placentaire.* En quelques minutes, tout est terminé. M. le professeur Moussous s'assure après moi qu'il ne reste plus rien dans l'utérus.

Je pratique alors un écouvillonnage soigneux avec de la glycérine créosotée à 30 p. 100, puis un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Tampon vaginal iodoformé très lâche.

Le soir même, frisson. La température monte à 40°.

Au bout de vingt-quatre heures, je retire la gaze iodoformée, teintée de sérosité sanguinolente sans odeur. La température est descendue à 37°. Suites opératoires absolument apyrétiques. La malade laisse le service une semaine après l'intervention, malgré nos conseils.

Revue un an après, elle était en parfaite santé, et ne présentait aucun trouble du côté de l'appareil génital.

Obs. III. — *Avortement à la fin du cinquième mois. Rétention placentaire. Hémorrhagie. Emploi du ballon Moussous. Infection au bout de vingt-quatre heures. Curettage. Guérison.*

Lucie J... entre à la clinique d'accouchements le 22 février 1893; IVpare, ses précédentes grossesses se sont passées normalement, elle a toujours accouché à terme d'enfants bien constitués.

Antécédents paludéens.

Dernières règles le 25 septembre 1892. Elle est donc enceinte de cinq mois environ. Elle aurait fait, quelques jours avant son entrée à la clinique, une chute dans un escalier.

Les contractions utérines auraient commencé dans la nuit du 21 au 22 février, vers minuit.

Dans la matinée, on constate : une présentation de l'épaule gauche en A.I.G., un col incomplètement effacé, et une dilatation large comme une pièce de deux francs. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perceptibles.

Vers 10 heures du matin. les membranes se rompent. Le cordon fait procidence. On peut constater l'absence complète de pulsations dans les vaisseaux funiculaires. Les contractions utérines cessent, et le col se referme presque complètement. Les contractions reparaissent vers cinq heures du soir. La dilatation n'est complète qu'à deux heures du matin, le 23 février. Le fœtus est alors expulsé en quelques minutes par le mécanisme de l'évolution spontanée.

Une élève sage-femme trop zélée tente, au bout d'une demi-heure, de faire la délivrance par traction. Le cordon se rompt.

A quatre heures du matin, hémorrhagie considérable que ne peuvent arrêter complètement les injections chaudes (45°).

Je suis appelé, et je constate d'abord que le placenta n'est nullement engagé dans le col. J'introduis la main dans le vagin, et j'essaie en vain avec deux doigts, glissés dans l'utérus, de compléter le décollement du placenta et de l'amener au dehors. J'introduis alors dans l'utérus un ballon Moussous que je gonfle avec 150 gr. de liquide. L'hémorrhagie s'arrête. Des contractions utérines douloureuses se produisent, et le ballon est expulsé le 23 février à huit heures du matin ; mais le placenta reste dans l'utérus.

Injections intra-utérines au sublimé à 1/4,000.

Température du 23 février 37°,4 — 37°,2.

Dans la nuit du 23 au 24 février, frisson violent; la température s'élève à 38°,2, puis 38°,8. Enfin, le 24 février, à huit heures du matin, elle est à 39°,6, malgré les injections utérines. Je décide alors de pratiquer le curettage.

Les précautions antiseptiques habituelles (savonnage vulvaire, injections vaginales et intra-utérines) étant prises et la malade étant soumise à l'anesthésie chloroformique, je découvre le col à l'aide d'écarteurs vaginaux, le saisis avec deux pinces de Museux, et abaisse sans difficultés l'utérus jusqu'à la vulve. J'introduis assez facilement deux doigts pour essayer encore le décollement placentaire que je ne puis effectuer. Je ramène seulement au dehors quelques débris odorants.

Je procède alors à un curettage méthodique et soigneux avec la curette en boucle, et je ramène au dehors une grande quantité de débris placentaires et membraneux. Au bout de quelques minutes, après avoir curetté successivement les faces et le fond de la cavité utérine qui est extrêmement allongée, et avoir perçu partout le cri utérin, j'introduis le doigt pour me rendre compte du travail effectué. Je ne trouve plus de placenta; mais mon doigt ne peut atteindre le fond de l'utérus. M. le Dr Chambrelent, qui est présent, renouvelle cette exploration, et arrive au même résultat.

Je pratique un vigoureux écouvillonnage avec la glycérine créosotée; puis, je fais un tamponnement utérin à la gaze iodoformée.

Le soir, la température a légèrement baissé : 39°,2.

Le 25 février au matin, 37°2 ; soir, 37°,4.

Le 26 février, à la visite du matin, je retire la gaze iodoformée. Il y a quelques contractions utérines douloureuses, et une partie de la gaze a été chassée dans le vagin. Une fois la gaze extraite, je touche, et trouve, tombé dans le cul-de-sac postérieur, un fragment de placenta, très frais, sans aucune odeur. Ce morceau de placenta pèse 40 gr.

Les suites de couches de cette femme ont été troublées, entre le 28 février et le 12 mars, par trois accès palustres francs, accompagnés de douleur dans la région splénique, et par une légère poussée de congestion pulmonaire. Ces accidents ont cédé à

l'emploi du sulfate de quinine, et cette femme est sortie complètement guérie le 22 mars.

OBS. IV. — *Avortement de trois mois. Rétention placentaire. Hémorrhagie. Tamponnement vaginal. Début d'infection. Curage digital incomplet. Curettage utérin. Guérison.*

Marie D..., 34 ans, VIIpare, entre à la clinique d'accouchements le 6 février 1893, à une heure du matin.

La première et la deuxième grossesses se sont terminées par des avortements de cinq mois et demi et trois mois.

La troisième, la quatrième et la cinquième sont allées au terme de neuf mois. Les enfants sont nés vivants, mais un seul a vécu ; les deux autres sont morts à trois et quatre mois.

La sixième grossesse, qui date de 1892, a été interrompue par un avortement de quatre mois.

La grossesse actuelle date des premiers jours du mois de novembre 1892.

Au moment de son entrée, cette femme raconte que le 5 février, à 7 heures du matin, elle a perdu, sans ressentir aucune douleur, une grande quantité de sang. L'hémorrhagie aurait continué toute la journée, et de gros caillots auraient été expulsés. Enfin, vers six heures du soir, elle aurait eu une syncope, après laquelle elle fut transportée à la clinique.

A son arrivée, on constate : pâleur extrême des téguments. Pouls petit extrêmement rapide. Le fond de l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Le col a toute sa longueur. Le doigt parcourt tout le canal cervical, mais ne peut franchir l'orifice interne. Le vagin contient de nombreux caillots qui ne présentent rien de particulier.

La femme ne peut dire si le fœtus a été expulsé ou non, car les caillots qu'elle a rendus chez elle n'ont pas été examinés.

Le sang s'écoule encore en grande abondance. On donne des injections vaginales antiseptiques chaudes, qui diminuent considérablement l'hémorrhagie. A 8 heures du matin, l'hémorrhagie se reproduit, très inquiétante par son abondance, étant donné l'état extrême de faiblesse de cette femme. Je pratique alors un tamponnement vaginal complet.

Le soir, à 7 heures, je retire le tampon, que la femme supporte difficilement. Je fais une grande irrigation intra-utérine, et mon

index, introduit dans la cavité utérine, me permet d'y constater la présence du placenta, en partie décollé. Pas d'hémorrhagie. Le 7 au matin, température 38°,2. La femme est placée dans la position obstétricale. Injection intra-utérine abondante. Sans employer l'anesthésie chloroformique, je saisis le col avec la pince de Museux, et l'abaisse à la vulve. Avec le doigt, je poursuis le décollement du placenta, que j'amène en très grande partie au dehors. Je me rends compte cependant que le décollement n'a pas été complet. Le placenta est en effet déchiré, et le toucher intra-utérin me permet d'y sentir un fragment assez gros sur lequel je ne puis pas agir. Je fais alors un curettage soigneux de la cavité utérine, et je ramène quelques débris placentaires, et de nombreux débris membraneux.

Ecouvillonnage à la glycérine créosotée à 30 p. 100.

Introduction dans l'utérus de deux fortes mèches de gaze iodoformée.

Le soir la température est à 38°,8.

Le 8 février : 37°, 37°2.

Sortie sans avoir eu de fièvre, et sans aucune douleur, le dixième jour.

Obs. V. — *Avortement au cours du troisième mois. Rétention placentaire. Putréfaction du placenta. Extraction manuelle incomplète. Curettage. Guérison.*

Lélie L..., 30 ans, lingère, entre à la clinique d'accouchements le 18 mai, 1893.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'affection cardiaque. Père vivant et bien portant.

Nourrie au sein par sa mère, cette femme a marché de bonne heure; elle a été réglée pour la première fois à 14 ans. Sa menstruation a toujours été irrégulière. Deux grossesses antérieures : le premier accouchement, en 1884, s'est terminé par une application de forceps : enfant mort. Le deuxième accouchement, en 1886, s'est fait très rapidement : enfant vivant. Suites de couches normales.

Les dernières règles datent du 24 février 1893. Cette femme n'a pas présenté, depuis cette date, le moindre trouble dans sa santé, et n'a pas cessé de travailler.

Le 19 mai, étant occupée à travailler dans son atelier, elle a

ressenti, vers 9 heures du matin, quelques douleurs abdominales. Vers 11 heures, légère perte de sang mélangé d'eau. Vers 2 heures après-midi, se produit une hémorrhagie abondante, pendant laquelle cette femme déclare avoir senti « passer » un corps de la grosseur d'un œuf.

A 3 heures, nouvelle hémorrhagie très abondante.

C'est alors que cette femme est amenée à la clinique, où elle arrive vers 3 heures et demie. Elle perd, à ce moment, du sang en assez grande quantité. Par le toucher, on trouve une partie du placenta dans le canal cervical, pointant même hors de l'orifice externe. Mais le placenta n'est pas complètement décollé, et le doigt ne peut atteindre la limite supérieure de l'insertion placentaire.

Des injections antiseptiques chaudes arrêtent l'hémorrhagie.

Des injections vaginales au sublimé 0.25 p. 1,000 sont données toutes les quatre heures. Aucune modification sensible ne se produit jusqu'au 21 mai. Ce jour-là, à la visite du matin, nous constatons que les liquides qui s'écoulent du vagin présentent une odeur de putréfaction très nette. Par le toucher, on trouve le placenta dans la même situation que le premier jour.

Après une longue injection vaginale, et l'utérus étant abaissé par pression exercée sur le fond de l'organe à travers la paroi abdominale, j'introduis le doigt dans la cavité utérine, et j'extrais toute la portion accessible du placenta (75 grammes) que je ramène au dehors. Mais le placenta est très déchiqueté, et, par le toucher intra-utérin, je sens, sur la paroi postérieure, un noyau assez volumineux, que mon doigt ne parvient pas à détacher. Le col est alors fixé avec une pince de Museux, et je racle avec soin toute la cavité utérine avec la curette tranchante en boucle. Le curettage porte surtout sur la paroi postérieure où était inséré le placenta. La curette ramène beaucoup de débris. Après une injection intra-utérine phéniquée, je pratique à deux reprises l'écouvillonnage avec de la glycérine créosotée au tiers, et je place dans l'utérus une forte mèche de gaze iodoformée. Tamponnement lâche du vagin avec de la gaze iodoformée.

Le 22 mai, la gaze est retirée à peine teintée de liquide sanguinolent.

Les suites de cette intervention ont été absolument apyrétiques. Lélie L..., malgré nos instances, est sortie de la clinique le 29 mars, en très bonne santé.

Revue environ trois semaines après, cette femme était en excellent état.

Obs. VI (1). — *Avortement de cinq mois. Rétention placentaire. Infection et hémorrhagies. Curettage le onzième jour. Guérison.*

Marie D..., 29 ans, domestique, entre à l'hôpital le 17 juillet 1894.

Les *antécédents héréditaires* ne présentent rien d'intéressant.

Dans les *antécédents personnels*, on note une variole à l'âge de 5 ans. La menstruation s'est établie sans incidents à l'âge de 17 ans ; elle a toujours été parfaitement régulière. Les règles duraient peu et étaient peu abondantes.

Première grossesse à 22 ans. Accouchement à terme, d'un garçon qui vit et se porte bien.

Deuxième grossesse à 25 ans. Naissance à terme, d'une fille qui a succombé, quatre mois après, à une méningite, à la suite d'une chute sur la tête.

Cette femme a vu ses règles pour la dernière fois au commencement du mois de février 1894. Elle dit avoir eu les jambes enflées à plusieurs reprises. Elle présente de nombreuses varices des membres inférieurs.

Le 7 juillet, sous l'influence (?) d'un bain à peine tiède, pris alors qu'elle était en sueurs, Marie D... avorte, sans être assistée par un médecin ni par une sage-femme. Le placenta n'est pas expulsé, ou du moins n'a pas été vu.

Du 7 au 11 juillet, pertes d'un blanc rosé très abondantes, sans odeur.

Le 11 juillet, hémorrhagie peu abondante, qui augmente peu à peu et atteint, dans la journée du 12, une intensité très grande. A partir de ce moment, la perte de sang diminue ; le liquide qui s'écoule des organes génitaux a pris une teinte roussâtre, mais il exhale une odeur très fétide. Le soir, la malade a un peu de fièvre.

Ces pertes continuant à se produire presque sans interruption, la malade se décide à entrer à l'hôpital, le 17 juillet.

A la visite du soir, nous la trouvons dans un état de faiblesse considérable, avec une pâleur générale des téguments qui indique qu'en effet les pertes de sang ont dû être abondantes.

---

(1) Service de M. le Dr Gervais-Koysiewicz. Observation recueillie par M. Jacques, interne du service.

Les organes génitaux sont souillés par un liquide sanglant, ayant une teinte brunâtre, et très odorant. Par le toucher, on trouve dans le vagin quelques caillots noirs, fétides. Le col est à peine perméable au doigt. En abaissant l'utérus par une pression exercée sur la région hypogastrique, on arrive à sentir dans sa cavité un corps de consistance spongieuse, et qui paraît être une portion décollée du placenta. Le fond de l'utérus dépasse le bord du pubis de deux ou trois travers de doigt. Le ventre n'est pas douloureux.

Le lendemain, 18 juillet, M le Dr Oui pratique le curettage. Le col est d'abord dilaté avec les bougies d'Hégar, puis une injection intra-utérine abondante est donnée avec la sonde dilatatrice de Segond.

L'intervention faite avec la curette en boucle tranchante est extrêmement pénible. La masse placentaire est très adhérente, très dure ; la curette mord difficilement sur ce tissu coriace ; l'opérateur agit successivement avec le doigt et l'instrument ; mais, au bout de quarante minutes, il reste encore vers le fond de l'utérus quelques débris qu'il est impossible de détacher.

Le cri utérin a été perçu, alors même qu'on agissait sur le tissu placentaire. On pratique, alors, après une nouvelle injection phéniquée, un tamponnement de la cavité utérine avec la gaze iodoformée ; puis, avec la même gaze, un tamponnement vaginal peu serré.

La malade est rapportée dans son lit : potion avec rhum et extrait de quinquina.

Le 20 juillet. Pansement. On retire la gaze iodoformée, qui a une légère odeur. Le doigt explorant la cavité utérine trouve les mêmes débris placentaires encore adhérents. Injection intra-utérine phéniquée. Drainage de la cavité utérine avec une forte mèche de gaze iodoformée. Le soir, température 38°,2. Sulfate de quinine 0,75 centigrammes.

Le 23. La malade n'a plus eu de fièvre. Même pansement, sans rien de particulier à noter.

Le 25. Troisième pansement; la gaze retirée de l'utérus ne présente aucune mauvaise odeur; à sa surface adhérent quelques petits débris placentaires.

Le 29. La gaze iodoformée est imprégnée de liquide séro-purulent; après l'extraction de la mèche, nous voyons s'écouler de

l'utérus un flot de liquide louche mêlé de débris nombreux. L'exploration digitale de la cavité utérine ne permet de constater aucune irrégularité. On donne alors une longue injection intra-utérine phéniquée, et on remet une mèche de gaze iodoformée.

1er août. La mèche de gaze iodoformée est définitivement enlevée. Il ne s'écoule plus aucun liquide de l'utérus. On se contente de mettre dans la cavité utérine un gros crayon d'iodoforme.

Malgré tous les conseils qui lui sont donnés, la malade laisse l'hôpital le 4 août.

Aussitôt après le curettage, l'état général de cette femme s'est relevé à vu d'œil. La disparition de la fièvre et la réapparition de l'appétit ont été constatées, pour ainsi dire, aussitôt après l'opération.

Revue le 9 août, cette femme déclare qu'elle n'a pas perdu du tout depuis sa sortie, et qu'elle se sentirait tout à fait bien, s'il ne lui restait encore un peu de faiblesse dans les membres inférieurs.

OBS. VII (1). — *Avortement à trois mois. Hémorrhagies consécutives. Endométrite. Curettage. Extraction de débris placentaires.*

L. M..., 33 ans, journalière, entre à l'hôpital Saint-André, salle 2, lit 32, le 2 février 1893.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

La malade est une hystérique confirmée. Elle est, de plus, sujette à de nombreuses bronchites.

Premières règles à 17 ans. La menstruation est habituellement régulière, mais il s'est produit quelquefois des retards qui n'ont jamais dépassé cinq à six jours.

Mariée à 17 ans, elle fut enceinte successivement à 19, 21 et 22 ans. Elle accoucha à terme, sans complications, mais elle ne prit aucune précaution Elle se leva le quatrième jour après son troisième accouchement, se fatigua beaucoup, et souffrit de violentes douleurs abdominales qui se calmèrent presque complètement au bout d'un mois environ. Quatrième grossesse à 24 ans, cinquième grossesse à 31 ans. Cette femme accoucha encore à

(1) Service de M. le Dr Dudon. Observation recueillie par M. DELALANDE, externe du service.

terme, sans incidents ; elle ne resta au lit qu'une dizaine de jours après chacun de ces accouchements. Elle eut alors à souffrir, de nouveau, de douleurs dans la région hypogastrique et dans la région lombaire, avec irradiations dans les cuisses. Un repos au lit, d'une durée de deux mois, fit disparaître les douleurs ; mais elle ne cessa pas, depuis, d'avoir des pertes blanches, qu'elle compare à du blanc d'œuf.

Devenue enceinte, pour la sixième fois, dans le courant du mois de septembre 1893, cette femme a perdu un de ses enfants, et quelques jours après elle fit un avortement, le 3 décembre. Que s'est-il passé au cours de cet avortement ? La malade ne donne à ce sujet aucun renseignement précis. Tout ce que nous savons, c'est qu'elle eut pendant plusieurs jours des pertes très abondantes, mélangées de caillots extrêment volumineux. Ensuite, elle ressentit de violentes douleurs abdominales, localisées à l'hypogastre et aux régions iliaques, et accompagnées de pertes blanches très abondantes.

C'est dans ces conditions qu'elle entre à l'hôpital, le 2 février 1894.

A l'examen, on constate une sensibilité très marquée des régions hypogastrique et iliaque, sans aucun empâtement. Par le toucher, on trouve un col gros, déchiré à gauche ; le corps utérin est volumineux, un peu douloureux à la pression ; les annexes des deux côtés sont un peu douloureuses. Au spéculum, ectropion assez marqué de la lèvre antérieure. L'hystérométrie fait constater que la cavité utérine mesure 9 centim. Pertes utérines abondantes, épaisses, louches, de coloration jaunâtre.

La malade est maintenue au repos absolu pendant plusieurs jours, pendant lesquels elle reçoit très régulièrement des injections vaginales chaudes, avec une solution à 1 p. 4,000. Son état ne se modifie pas sensiblement, et le 13 février M. Dudon procède, sous l'anesthésie chloroformique, au curettage de l'utérus, après abaissement de l'organe. La curette ramène de nombreux débris, dont l'un, très volumineux, mesure environ 2 centim. de long sur 1 centim. de large, et présente la consistance et l'aspect du tissu placentaire. Ce débris est recueilli par M. Oui, présent à l'opération.

Le curettage est suivi d'une grande injection antiseptique, puis d'un écouvillonnage avec de la teinture d'iode. On place ensuite

dans l'utérus un gros crayon d'iodoforme, et on tamponne légèrement le vagin avec de la gaze iodoformée. Le tampon vaginal a été retiré le troisième jour, et la malade a laissé l'hôpital le 3 mars, en très bon état.

Le débris recueilli au cours de l'intervention a été remis à M. le Dr Sabrozès, chef du laboratoire des cliniques. J'ai examiné avec lui les préparations qu'il en a faites. Il s'agissait bien du tissu placentaire, car nous y avons pu constater la présence d'un très grand nombre de villosités choriales.

Obs. VIII (1). — *Avortement à trois mois. Rétention placentaire. Hémorrhagie. Curettage. Guérison.*

Femme enceinte pour la quatrième fois. Avortement de trois mois. Le placenta est retenu. Pendant trois semaines, tout va bien ; puis il se produit des hémorrhagies abondantes. M. le Dr Huard, appelé, emploie avec un succès momentané des injections intra-utérines chaudes abondantes et antiseptiques ; mais les hémorrhagies se reproduisent, et, au bout de trois ou quatre jours, la malade étant dans un état très grave, M. le Dr Labusquière est appelé, le 1er janvier 1894.

La malade est dans un état de faiblesse tel, que M. Labusquière hésite même un moment à la placer dans la position obstétricale, craignant de provoquer une syncope. L'ensemble des symptômes des hémorrhagies graves est au complet. L'utérus dépasse le pubis de deux travers de doigt. Le col est très peu ouvert. M. Labusquière pense ne pouvoir faire la délivrance digitale. Il a recours d'emblée à la curette, et ramène au dehors un grand nombre de caillots et de débris ovulaires volumineux. Tampon cervico-vaginal avec des bourdonnets de coton hydrophile désinfectés dans la liqueur de V. Swieten et *très fortement exprimés avant leur mise en place.* Toute hémorrhagie a cessé depuis cette intervention, à peine s'est-il écoulé un peu de liquide séro-sanguinolent, quand, environ 12 heures après, le Dr Huard enleva le tampon. Suites extrêmement simples ; pas la plus légère hyperthermie, résultats dus sans doute à l'antisepsie rigoureuse réalisée avant, pendant et après l'intervention (renseignements fournis dix jours après par le Dr Huard).

---

(1) Résumée. Due à l'obligeance de M. le Dr Labusquière.

Dans les débuts de ma pratique, me trouvant dans des circonstances analogues (femme mourant d'hémorrhagies secondaires par suite de rétention partielle du placenta), je n'osai pas faire le curettage à cause de l'état très grave où je trouvai la malade. J'eus recours au tamponnement, qu'il fallut renouveler à plusieurs reprises, qui, chaque fois, provoquait des évanouissements, des menaces de syncope, etc. La guérison fut à la vérité obtenue, mais après combien d'alertes et d'inquiétudes ! *Annal de Gyn. et d'Obst.*, février 1889, p. 126. Dans le cas actuel, la guérison a été si rapide que le médecin de cette femme l'appelait une véritable résurrection. L. R.

On voit par la lecture de ces observations que si nous ne reculons pas devant l'emploi de la curette, nous ne considérons pas cependant que le curettage soit un procédé de choix. Dans presque tous les cas, le curettage, en effet, a été précédé de tentatives d'extraction manuelle. C'est dire que, à notre avis, on doit s'adresser tout d'abord à l'intervention digitale.

Mais celle-ci n'est pas toujours possible (Obs. II, III, VI), ou bien encore elle reste incomplète (Obs. IV et V), et dans les deux cas il y a le plus grand intérêt à vider l'utérus, si on ne veut pas s'exposer à voir survenir ultérieurement de graves accidents. C'est alors à la curette qu'il faut avoir recours, car, mieux que le doigt, elle peut enlever les *petits fragments* de placenta ou les débris de membranes laissés dans l'utérus. La curette a encore un autre avantage, et des plus importants : dans les cas d'infection putride, le placenta n'est pas seul infiltré d'éléments pathogènes, la muqueuse utérine est atteinte et souvent très profondément ; la curette seule peut permettre l'ablation de cette muqueuse infectée, c'est-à-dire que, seule, elle permet un nettoyage complet et radical de la cavité utérine.

Et cependant quels reproches n'a-t-on pas adressés au curettage ? La curette est aveugle. Elle est infidèle. Elle est dangereuse. Voilà le résumé des griefs exposés contre elle. Examinons-les.

La curette est aveugle. Cette assertion n'est pas dis-

cutable. Il est impossible de se rendre compte avec la curette *seule* du contenu de l'utérus, de l'état de ses parois, etc. Il y a bien le fameux *cri utérin* dont la production constituerait un indice suffisant pour affirmer que l'instrument est arrivé jusqu'à la paroi musculaire. Mais on fera bien de ne pas se fier à ce cri. Il est trompeur, et on le perçoit très distinctement, même quand la curette agit sur le tissu placentaire (Obs. III et VI).

La curette est infidèle. C'est encore vrai, et, dans les mêmes observations III et VI, on voit que nous avons laissé dans la cavité utérine, la première fois sans nous en douter, la seconde fois sans pouvoir faire mieux, une certaine quantité de tissu placentaire.

La curette est dangereuse. Je n'y contredis point. Les exemples de perforation utérine ne manquent pas, et c'est là l'argument le plus grave à invoquer contre le curettage utérin.

Il nous est cependant facile de voir si les adversaires du curettage n'ont pas quelque peu exagéré, et s'ils sont absolument dans la vérité.

Oui, la curette est aveugle ; mais l'opérateur ne l'est pas, ou tout au moins peut ne pas l'être. Si son doigt est quelquefois resté impuissant à détacher les débris placentaires ou membraneux, il peut en reconnaître l'emplacement et le volume, et éclairer très suffisamment le diagnostic. C'est toujours l'exploration digitale de l'utérus qui a motivé d'abord, guidé ensuite notre intervention, et si, dans l'observation III, nous avons laissé dans la cavité utérine un morceau volumineux du placenta, c'est que l'exploration digitale complète était impossible.

Quant au danger, il existe, incontestablement ; mais il est certain que la méthode et la douceur en diminuent considérablement l'importance, et, en tête des précautions à prendre, il faut encore placer le toucher intra-utérin fait avant et pendant l'intervention, et qui donnera des renseignements sur la direction et sur la profondeur de l'utérus. D'ailleurs,

si on a justement attribué à la curette un certain nombre de perforations de l'utérus puerpéral, ne l'a-t-on pas accusée d'accidents produits par d'autres instruments au cours ou à la suite d'un curettage. C'est ainsi, que dans un compte rendu de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Berlin (1), on trouve sous le titre : Dangers du curettage utérin, une série de cas rapportés par Alberti, Veit, Güsserow, Orthmann, Olshausen et Martin, dans lesquels la perforation fut due à l'emploi de pinces avec lesquelles on tenta d'extraire des débris membraneux.

Bien mieux, dans ces six cas, la pince ramena au dehors soit l'intestin, soit l'épiploon. Je ne pense pas que la curette, même trop vigoureusement maniée, arrive jamais à produire de semblables résultats.

Pour ce qui est de l'infidélité de la curette, nous aurions trop mauvaise grâce à le nier, puisque dans deux cas nous avons laissé dans l'utérus une partie du placenta. Nous nous sommes déjà expliqué sur le premier cas (Obs. III). Quant au second (Obs. VI), nous avons eu affaire à un placenta d'une dureté exceptionnelle, sur lequel la curette mordait très imparfaitement. Mais qu'avions-nous fait avec le doigt ? Rien. La curette s'est montrée supérieure au doigt, et en attendant que nous possédions un instrument auquel aucun placenta ne résiste, c'est réellement tout ce qu'on peut lui demander.

Quoi qu'il en soit, le curettage, même incomplet, nous a toujours donné ce que nous attendions de lui, c'est-à-dire la cessation des hémorrhagies, ou la chute de la température reportez-vous à l'observation VIII, et voyez le résultat remarquable obtenu par M. Labusquière. Aussi, tout en reconnaissant que cette méthode ne constitue pas la perfection absolue, la regardons-nous comme très efficace, et comme méritant plus de confiance que ne lui en ont accordée certains accoucheurs. Nous repoussons le

(1) Voir *Tribune Médicale*, 14 juin, 1894.

curettage fait d'emblée, avant tout accident. Nous donnons la préférence, lors de l'éclosion des accidents, au curage digital. Mais si celui-ci est impossible ou incomplet, nous n'hésitons pas à avoir recours à la curette, que nous regardons comme plus efficace et peut-être moins dangereuse que les pinces, surtout lorsqu'il s'agit d'extraire de petits fragments placentaires ou des débris de membranes.

Nous aurions d'ailleurs, volontiers, recours à la curette après une extraction manuelle même complète, si l'infection datait de plusieurs jours, et cela dans le but de nettoyer mieux et plus complètement l'utérus, en raclant la muqueuse alors profondément infiltrée par les agents infectieux.

Les deux conditions nécessaires pour que le curettage donne de bons résultats sont : une dilatation suffisante du col, la possibilité d'une exploration complète de l'utérus par le doigt. On obtiendra la dilatation en employant, si le temps presse, soit les ballons de Champetier de Ribes, soit les bougies d'Hégar (Obs. VI). On pourra, dans un cas moins pressant, employer la laminaire (Obs. II).

L'exploration digitale est non moins importante. Le doigt renseignera, au début, sur la position du placenta. Au cours de l'intervention, il contrôlera l'action de la curette, et il viendra même très efficacement en aide à l'instrument. L'action combinée du doigt et de la curette nous semble, surtout lorsque le placenta est volumineux et résistant, de beaucoup préférable au seul emploi de l'instrument. L'importance du toucher intra-utérin montre que l'intervention donnera des résultats d'autant meilleurs qu'elle sera pratiquée après les avortements des trois ou quatre premiers mois, c'est-à-dire au moment où les dimensions de l'utérus post abortif permettent à cette exploration d'être absolument complète.

Il nous reste à examiner rapidement quelques points spéciaux, d'une importance secondaire.

Et d'abord, faut-il user de l'anesthésie chloroformique?

Le curettage est une opération fort peu douloureuse moins douloureuse que l'extraction manuelle. Aussi croyons-nous qu'on peut se dispenser du chloroforme. Nous ne l'avons employé que chez des femmes pusillanimes, dont nous tenions à assurer l'immobilité. Les autres s'en sont fort bien passées.

L'abaissement de l'utérus est une manœuvre également inoffensive et presque indolore, qui facilite considérablement l'intervention, et à laquelle nous avons toujours eu recours.

Nous avons toujours employé la curette tranchante, car la curette mousse mord mal sur le tissu placentaire, et est insuffisante pour le dilacérer. Au début, nous avions employé la curette irrigatrice ; mais nous avons trouvé que le tuyau de caoutchouc fixé au manche de l'instrument avait l'inconvénient de rendre les mouvements moins faciles et moins sûrs, et nous y avons renoncé. Nous nous contentons d'une injection intra-utérine avant et après l'opération, et nous répétons à plusieurs reprises cette injection, lorsque l'intervention se prolonge. Nous avons également toujours terminé par un écouvillonnage, qui nous a servi également à porter dans l'utérus soit de la glycérine créosotée au tiers, soit de la teinture d'iode pure. Enfin nous pratiquons habituellement un tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée. Ce tamponnement assure la parfaite antisepsie de la cavité utérine. De plus, il excite les contractions de l'organe et draine les liquides utérins, avantage précieux dans les cas où le curettage a été incomplet (Obs. III et IV).

La seule de nos opérées que nous ayons pu revoir après un long délai (une année), est celle de l'observation II. Nous avons pu constater la parfaite intégrité de son appareil génital (1). Ce fait est important, car de nombreux gynéco-

(1) Ce résultat peut être comparé avec fruit à celui que j'ai obtenu chez une autre femme, en ayant recours à l'extraction manuelle dès les premières manifestations de la putréfaction placentaire. Bien que le délivre eût été extrait complet, la fièvre ne tomba que le troisième jour, sous l'influence des injections intra-utérines, et, comme conséquence, ma malade fut atteinte

logistes, M. Pozzi entre autres, conseillent le curettage dans la rétention placentaire, dans le but de prévenir le développement d'une endométrite.

Nous avons eu l'occasion de voir un grand nombre de femmes atteintes d'endométrites qui, cliniquement, semblaient devoir être rattachées à une rétention placentaire. Mais nous n'avons pu en faire la preuve anatomique qu'une seule fois (Obs. VII), dans un cas où la rétention n'était d'ailleurs pas soupçonnée. Il est, en effet, fort difficile, au cours d'un curettage gynécologique, de recueillir tous les débris extraits de l'utérus ; plus difficile encore d'examiner au microscope les débris recueillis, et, le plus souvent, on ne trouve à l'examen que des lésions inflammatoires de la muqueuse utérine, sans la moindre villosité choriale. C'est donc là un point qui demande à être étudié de nouveau, car il est d'une très-réelle importance au point de vue des indications du curettage post-abortif.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

BRINDEAU. **Deux observations de diverticule de Meckel.** — Obs. 1) Enfant mort dix jours après sa naissance. A l'autopsie, constatation d'un diverticule long de 3 centim., siégeant à 25 centim. du cæcum et flottant librement dans la cavité abdominale. — Obs. 2) Au moment de lier le cordon, on remarque, à 7 centim. environ de l'anneau ombilical, la présence d'une fistule stercorale. Le cordon est lié 2 centim. plus loin. Les jours suivants, les matières s'écoulent exclusivement par la fistule, bien que le gros intestin soit parfaitement libre. Mort le quatrième jour. A l'autopsie, on

---

d'endométrite et de salpingo-ovarite heureusement légère, mais qui n'en nécessita pas moins un repos prolongé et un traitement dont elle se serait fort bien passé. J'ai alors bien vivement regretté, mais trop tard, de n'avoir pas usé de la curette.

constate que la fistule a pour point de départ un diverticule de l'intestin grêle, diverticule qui communique avec la portion supérieure de cet intestin engagée dans l'anneau, portion supérieure qui comprime la portion inférieure, et, de ce fait, empêchait la perméabilité de cette dernière aux matières stercorales. Ce fait offre plusieurs particularités intéressantes : 1° existence de la fistule avant l'accouchement; 2° preuve, en faveur de l'opinion actuellement admise, que les fistules stercorales ombilicales des nouveau-nés sont toujours produites par le diverticule de Meckel, et non par une anse intestinale herniée ; 3° enfin, il prête à des considérations sur la meilleure conduite à tenir. A ce point de vue, l'auteur pense que, d'une manière générale, mieux vaut attendre que l'enfant ait le poids d'un enfant à terme, avant de l'opérer.

M. P. Petit. **Hystérectomie abdominale avec pédicule perdu, à la soie; présentation de pièces.** — Fibro-myôme développé aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus, à évolution entièrement abdominale, très mobile, dépassant l'ombilic, et enlevé à cause des crises douloureuses paroxystiques qu'il causait. Laparotomie et hystérectomie d'après le procédé Slavjanski (Saint-Pétersbourg). A ce procédé toutefois, l'auteur apporte une légère modification. N'ayant pu, en effet, pousser une mèche iodoformée, en raison d'atrésie du col suite de cautérisations antérieures, il referma la surface cruentée du moignon par des points séparés à la soie (méthode de Zweifel). Suites opératoires régulières, *guérison*.

Dudley. **Nouvelle opération pour le prolapsus utérin.** — La méthode est basée sur certaines considérations théoriques, que nous engageons à lire dans l'original. Quant au procédé opératoire, il est difficile d'en donner une bonne description sans les figures multiples qui accompagnent le texte. Aussi dirons-nous qu'il consiste essentiellement à fixer, après réduction du prolapsus, le col de l'utérus en haut et en arrière, en suturant des bandes d'avivement, taillées circulairement autour du col, et de glisser en haut et en arrière, sur la paroi vaginale postérieure, la paroi antérieure, et de l'y fixer en suturant d'une façon spéciale deux bandes d'avivement taillées longitudinalement dans la paroi antérieure du vagin (1).

(1) *Bull. de la Soc. obst. et Gyn. de Paris*. Séance de décembre 1894, p. 313.

HARRIS. **Méthode pour exécuter une dilatation manuelle rapide du col de l'utérus. Ses avantages dans le traitement du placenta prævia.** — L'auteur a expérimenté avec succès la méthode dans 15 cas : placenta prævia 7, présentations obliques 6, éclampsie 2. La condition indispensable de son exécution, c'est qu'on puisse introduire l'index jusqu'à son plus large diamètre. Voici la description qu'en donne l'auteur.

L'index introduit, si l'on retire le doigt de manière à ce que la dernière phalange seulement soit à l'entrée du col, on pourra généralement introduire le pouce à côté de l'index.

Quand les extrémités de l'index et du pouce seront placées dans l'anneau, et le second doigt fortement recourbé (le col restant dans une position latéro-dorsale), nous n'avons qu'à garder l'index et le second doigt mis l'un contre l'autre pour former une sorte d'encoche d'où l'anneau formé par le col utérin ne pourra pas sortir facilement. Pour faciliter ma description je désignerai cette manœuvre sous le nom de *première position manuelle* — ou, pour être plus correct, *première position digitale de dilatation.*

Le pouce, qui repose le long de l'index se trouve alors porté en avant aussi loin que le permet la largeur du col. Une dilatation considérable peut être ainsi obtenue en continuant ce mouvement du pouce. Mais nous obtenons une dilatation bien plus grande et bien moins fatigante si nous maintenons le pouce immobile sur l'index, et si nous accomplissons le mouvement en fléchissant ensemble l'index et le deuxième doigt. Ensuite, quand nous avons gagné un peu de chemin, nous glissons légèrement l'index et le deuxième doigt, ce qui permet au pouce d'avancer ; puis, arrivés à ce résultat, nous replaçons le pouce contre l'index. Dans cette position, nous avons toujours un point d'appui, et les flexions de l'index et du deuxième doigt continuent la dilatation.

Au bout de quelque temps nous étendons de nouveau les doigts, ce qui permet au pouce de se porter toujours en avant vers l'articulation *métacarpo-phalangienne.* Puis, le maintenant fortement sur l'index, nous renouvelons la flexion à l'aide de l'index et du second doigt.

Si les flexions ont été faites d'une manière régulière, nous devons être capable de passer alors le pouce, l'index et le deuxième doigt. C'est ce que j'appellerai la *deuxième position.*

Pendant toute cette période, la position du premier doigt par rapport au pouce n'a pas changé. Le col, qui entoure le pouce et les deux premiers doigts, repose sur la surface dorsale du *troisième* doigt, comme il reposait sur celle du *deuxième* doigt dans la première position.

La force qu'on possède pour élargir provient de l'immobilité du pouce sur le premier doigt, tandis que la pression est obtenue en courbant l'index, le second et le troisième doigts, de la manière décrite plus haut. Au bout de peu de temps la dilatation est suffisante pour livrer passage au troisième doigt.

C'est ce que j'appellerai la *troisième position.*

Le col, toujours suspendu au-dessus du pouce, a maintenant son point de pression entre le troisième doigt et la face latéro-dorsale du quatrième doigt. Nous continuons les flexions avec tous les doigts, et nous continuons à abaisser en étendant les doigts et le pouce vers l'articulation métacarpo-phalangienne. Bientôt nous pourrons introduire le pouce et les quatre doigts, et nous arriverons à la *quatrième position.*

Ici encore, la dilatation s'obtient par les flexions des doigts, quoique l'index et le second doigt soient plus courbés que le troisième et le quatrième.

La limite de la dilatation dans la quatrième position, pour une main mesurant environ vingt centimètres au-dessus de l'articulation *métacarpo-phalangienne* (en mesurant comme pour les gants), est de vingt-trois centimètres de circonférence. L'extrême limite de la dilatation facile, dans la quatrième position, ne dépassera pas cette mesure, ce qui est à peine suffisant pour entrer la main entière. Il faut donc avoir recours à la *cinquième position* dans laquelle le col entoure les premières phalanges des doigts et la seconde ou dernière phalange du pouce.

Le mouvement que réclame cette position est l'extension du pouce et de tous les doigts : en même temps il faut recourber les doigts pour diminuer leur empiètement sur la paroi intra-utérine. Une manœuvre moins fatigante et peut-être plus efficace est la *sixième et dernière position.* Il s'agit de forcer le col à entourer les os de la seconde phalange et de la première phalange du pouce.

Dans ces deux dernières positions le cercle de dilatation dépassera la mesure de la main d'au moins sept centimètres. Ceci

naturellement constitue une ouverture plus grande que celle nécessaire à l'introduction de la main dans l'utérus.

Quand les extrémités du premier doigt et du pouce se trouveront dans la première position de la dilatation, le col non encore dilaté donnera la sensation d'un anneau peu élastique, et les tissus qui le composent représenteront comme volume l'anneau que forme la corde métallique qui m'a servi à figurer la position et les mouvements de chacune des manœuvres que je viens de décrire.

Pendant toutes ces manipulations, la main repose sur le vagin, et si doucement que, si le travail est bien fait, les spectateurs ne peuvent apercevoir le mouvement du poignet dans la vulve. On n'a besoin ni de tirer ni de pousser vers le col.

Il est dilaté *in situ*, tandis que l'empiètement à l'intérieur de l'utérus est réduit au minimum en recourbant l'extrémité des doigts dans toutes les positions. Toute main peut supporter la fatigue de cette manœuvre si la dilatation est possible.

BAR. **Contribution à l'étude de la symphyséotomie.**

VILLEMIN. **Observation d'un enfant né avant terme.** — Le cas est vraiment extraordinaire. Il s'agit, en effet, d'un enfant, âgé actuellement de 31 mois, d'un beau développement physique et intellectuel, bien qu'il soit né avant terme, à cinq mois et demi ou, au plus, six mois de grossesse. Son poids, le lendemain de sa naissance : 950 gr. seulement ! Assurément, le plus petit poids signalé jusqu'à ce jour, d'un enfant prématurément né et ayant survécu. Sans entrer dans tous les détails, très précis et fort curieux de l'observation, on peut dire que ce sont les soins extrêmes dont on a surveillé l'allaitement, combinés avec l'emploi méthodique de couveuses, qui ont contribué à donner ce résultat surprenant.

Discussion : GUÉNIOT, sans contester l'authenticité de l'observation, observe qu'elle est de nature à soulever beaucoup d'incrédulité. D'après M. Rémy, les alvéoles pulmonaires ne seraient pas encore libres à six mois ! Aussi, la viabilité ne lui paraissait-elle admissible que passé six mois, vers six et demi à sept mois. MAYGRIER a actuellement dans son service un enfant de six mois, âgé de 7 jours, dont le poids est tombé à 770 gr. Il vit encore, mais, très probablement, va succomber. BUDIN a examiné à la Maternité des enfants de six mois et demi à sept mois, qui avaient crié et qui avaient vécu un à deux jours. Or, il n'y avait eu que

de la respiration bronchique : les poumons ne surnageaient pas, et les alvéoles étaient remplies de cellules épithéliales. On peut comprendre que l'enfant, après avoir eu une respiration bronchique, puisse vider ses alvéoles et continuer à vivre. CHARPENTIER a pu faire élever un enfant qui pesait seulement 1,040 gr.

P. PETIT commence la lecture d'un mémoire sur **190 cas de petite chirurgie gynécologique pour lésions de l'endométrium** (1).

PICHEVIN. A l'occasion d'une réponse critique à un article du Dr Fraisse, Pichevin apporte à l'actif de la **colpohystéropexie (méthode de Mackenrodt)** deux observations qui datent l'une de dix mois et l'autre de neuf. Depuis, l'utérus s'est maintenu en bonne position.

R. LABUSQUIÈRE.

REVUE ANALYTIQUE

I. RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide (Zur Lehre von der Retroversio uteri gravidi). S. GOTTSCHALK, *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 46, Hft. 2, p. 358.

La rétroversion de l'utérus gravide est, fait bien connu, une complication sérieuse de la grossesse. On sait aussi qu'en pratique l'important, comme en bien d'autres circonstances, c'est de la reconnaître tôt, et de corriger la déviation, que cette réduction réussit dans la majorité des cas de la manière la plus simple, ainsi qu'en témoigne un fait typique publié tout récemment, ici même, par M. Hartmann (2) ; que dans d'autres cas, au contraire, beaucoup plus rares heureusement, et sur lesquels MM. Pinard et Varnier (3) ont publié, avec documents anatomo-pathologiques à l'appui, une très instructive monographie, la déviation utérine

---

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, décembre 1894, n° 10, p. 352.

(2) HARTMANN. *Ann. de gyn. et d'obst.*, octobre 1894, p. 268.

(3) PINARD et VARNIER. *Ann. de gyn. et d'obst.*, novembre 1886, p. 338; février 1887, p. 85 ; mai, p. 338.

constitue un état pathologique des plus graves du fait d'adhérences vésico-intestinales, vésico-pelviennes qui font la déviation irréductible. Le mécanisme de la déviation a de tout temps intéressé les accoucheurs, et l'on a invoqué diverses causes, que le Dr Oui rappelle dans une très bonne étude (1) de cette complication (déviations antérieures, adhérences, amplitude du bassin. exagération de courbure du sacrum, rétrécissement du détroit supérieur avec forte saillie du promontoire, rétention d'urine, chutes, coups portés violemment sur la paroi abdominale, efforts violents nécessités par le transport des fardeaux), causes auxquelles on a attribué une importance étiologique plus ou moins grande. « On a pensé également, écrit le Dr Oui, dans ce même travail, que l'accumulation des matières fécales dans l'S iliaque pouvait, en pressant sur le fond de l'utérus, le faire basculer en arrière, et produire la rétroversion. *C'est possible, mais non démontré.* »

Or, Göttschalk vient de publier sur la « rétroversion de l'utérus gravide », une étude soigneuse à l'occasion d'un cas, terminé par la mort, et dans l'étiologie duquel il accorde précisément un rôle prépondérant à cette accumulation des matières fécales dans l'S iliaque. L'observation étant, par ses particularités, sinon unique, du moins fort rare, nous la reproduison *in extenso* :

Obs. — X..., 39 ans. En 10 années de mariage, 8 avortements ou expulsions prématurées de fœtus morts. Au début de son mariage, rendue syphilitique par son mari (adénites, maux de gorge, névralgie occipitale). Après ces dix années, traitement antisyphilitique de la femme et du mari, et, peu après, nouvelle grossesse terminée par un enfant bien vivant, resté sain.

Depuis, Gottschalk eut souvent l'occasion d'examiner la femme, et, toujours, il constata que l'utérus était en antéversion. Mais, consécutivement à la dernière grossesse, des adhérences en forme de cordons s'étaient développées entre le coté gauche de l'utérus, les annexes correspondantes et la face antérieure du sacrum, d'où : mobilité moindre à gauche. Puis, peu à peu, un mouvement de torsion se fit autour du coté gauche de l'utérus, conditions anatomiques que l'auteur constata peu avant la grossesse actuelle.

Quelque temps après, Göttschalk apprenait d'un collègue que la femme, devenue enceinte, s'était, tout d'un coup, trouvée très mal, qu'elle était moribonde. Arrivé auprès d'elle à 10 heures du soir, il apprit qu'elle avait

(1) Oui. *Revue prat. d'obst. et de pædiatrie*, novembre 1894, p. 321.

appelé un médecin parce que, DEPUIS SIX JOURS. ELLE N'AVAIT PAS EU UNE SEULE GARDE-ROBE, et qu'elle avait ressenti de fortes douleurs dans le bas-ventre, particulièrement dans le côté gauche. De plus, anorexie complète, nausées, qu'on mit sur le compte de la grossesse. Déjà, au cours de la grossesse, arrivée au quatrième mois, la femme aurait souffert de constipation rebelle.

Le médecin appelé avait prescrit l'huile de ricin à hautes doses. La purgation n'ayant pas eu d'effet, la dose d'huile de ricin avait été doublée le lendemain. ELLE PROCURA UNE GARDE-ROBE, MAIS TRÈS PEU ABONDANTE. Au lieu de céder, les souffrances s'exaspérèrent, le ventre se météorisa. Néanmoins, la malade continua de vaquer aux très pénibles occupations du ménage. Vers midi, seulement, elle s'était décidée à se coucher, et c'est aussi à peu près depuis ce moment que le météorisme abdominal se serait si fortement accusé, et que les douleurs seraient devenues insupportables. EN L'ESPACE DE DIX HEURES, LA MALADE ÉTAIT DEVENUE MORIBONDE.

État au moment de l'arrivée de Göttschalk : pouls introuvable, mais connaissance conservée. Visage baigné d'une sueur froide, avec une expression d'angoisse. VENTRE DISTENDU AU PLUS HAUT POINT, RÉNITENT, COMME SUR LE POINT D'ÉCLATER, impression que du reste la femme exprimait d'une façon continue. Dyspnée intense ; respiration purement costale, superficielle. Limite inférieure des poumons et choc cardiaque au niveau du troisième espace intercostal. Sur le ventre distendu, deux sillons, l'un sus-ombilical allant de droite à gauche et de haut en bas, l'autre sous-ombilical dirigé de gauche à droite et de haut en bas, sillons qui, généralement, sont signes d'occlusion intestinale et de flatulence : sûrement, l'occlusion intestinale était complète. Y avait-il, conjointement, péritonite ? Ce point restait forcément indécis. La température n'avait pas été relevée les jours précédents, et actuellement il y avait de l'hypothermie.

Examen interne : Rectum libre, affaissé, PORTION VAGINALE DU COL BIEN CONSERVÉE, UN PEU EN AVANT ET A GAUCHE DE LA LIGNE MÉDIANE DU BASSIN, MAIS NULLEMENT REPORTÉE EN AVANT CONTRE LA SYMPHYSE, NI ANORMALEMENT ÉLEVÉE. ORIFICE EXTERNE NON OUVERT. LE COL SE CONTINUAIT A DROITE, SANS COUDURE, AVEC LE CORPS DE L'UTÉRUS COMPLÈTEMENT SITUÉ DANS LA MOITIÉ DROITE DU BASSIN, FORTEMENT RÉTROVERSÉ ET IMMOBILISÉ. UTÉRUS TRÈS AUGMENTÉ DE VOLUME ; IMPOSSIBILITÉ D'EN ATTEINDRE LE FOND ; MAIS, DE L'EXAMEN VAGINAL, IL RESSORTAIT QUE CETTE RÉGION DE L'ORGANE DEVAIT DÉPASSER LE PROMONTOIRE.

La moitié gauche du bassin était occupée par une masse de grandes dimensions, d'un ovale allongé, à contenu probablement solide, un peu dépressible. Par l'examen vaginal, il était impossible de préciser la limite supérieure de cette masse vermiforme, cylindroïde, qui, en partie, siégeait en avant de l'utérus : ce ne pouvait être qu'une anse intestinale très pleine, et d'un développement exceptionnel.

Comme il s'agissait d'une RÉTROVERSION FIXE DE L'UTÉRUS, il devenait très important de rechercher L'ÉTAT DE LA VESSIE, parce que cet organe, dans les cas d'incarcération de l'utérus gravide, est atteint dès le début, et fortement. A ce point de vue, l'anamnèse enseignait que, durant toute la durée de la grossesse et même pendant les jours critiques, la malade n'avait pas eu à supporter de douleurs notables du côté de la vessie. Le cathétérisme du reste ne révéla aucune ampliation exagérée de cet organe, et n'évacua qu'une quantité modérée d'urine foncée mais claire.

Au total, IL N'Y AVAIT PAS LA LE COMPLEXUS SYMPTOMATIQUE DE L'INCARCÉRATION DE L'UTÉRUS GRAVIDE RÉTROVERSÉ OU RÉTROFLÉCHI. D'autre part, relativement à l'occlusion intestinale, on ne trouvait rien qui en expliquât l'origine. Assurément, l'utérus était rétroversé et fixé, mais non ENCLAVÉ dans le bassin. Il était resté assez de place dans la moitié gauche du bassin pour l'intestin, et l'impression produite par l'examen vaginal, c'est que C'ÉTAIT L'UTÉRUS QUI AVAIT EU A SOUFFRIR DE L'INTESTIN.

LA FEMME N'AVAIT PAS EU, OU A PEU PRÈS, DE GARDE-ROBES DEPUIS HUIT JOURS. On aurait donc pu penser que l'occlusion était conséquence de la constipation prolongée. Mais dans cette hypothèse, il était surprenant qu'il n'y eût pas eu production d'iléus. Or, IL N'Y AVAIT EU QUE DEUX VOMISSEMENTS DE MATIÈRES MUQUEUSES; PAS TRACES DE MATIÈRES FÉCALOÏDES. Également, la brusquerie des accidents, le passage si rapide de l'état de validité à celui de quasi-moribonde constituait une particularité importante.

La connaissance de la malade était entièrement conservée. Lèvres livides; mais pas de défaillances, pas de pandiculations. En résumé, pas de symptômes d'anémie aiguë, dont l'existence, avec l'état du pouls, eût rendu admissible l'hypothèse d'une hémorrhagie interne profuse, compliquée d'occlusion intestinale.

Quelle que fût la cause de l'occlusion, la situation était désespérée. Néanmoins, pour laisser à la femme la dernière lueur de salut, la cœliotomie fut pratiquée.

Cœliotomie.— Parois abdominales, en raison de la surdistension, très minces et presque exsangues. Les lèvres de l'incision ne donnent pas de sang ; à peine, çà et là, une goutte de sang veineux. Le ventre ouvert, écoulement d'environ 1 litre et demi de liquide ascitique jaune-paille. Dans la plaie fait saillie avec force une portion de l'intestin distendue d'une manière colossale, portion de l'S iliaque, si distendue qu'elle paraît occuper toute la région hypogastrique jusqu'à l'ombilic. L'S ILIAQUE A BIEN DEUX FOIS LE DÉVELOPPEMENT DU BRAS D'UN ADULTE.

La distension de l'S iliaque est à peine croyable. Il se continue avec le gros intestin développé de même façon mais moins, le développement allant, toujours, mais progressivement, en diminuant. La région épigastrique est occupée par le côlon qui a repoussé tout à fait en haut, estomac, foie, rate

diaphragme. Par suite de l'énorme distension, les appendices épiploïques ont comme disparu dans le tube intestinal. Pas de signes nets de péritonite.

L'S ILIAQUE PRÉSENTE UNE ANOMALIE DE DIRECTION, EFFET D'UN SIMPLE MOUVEMENT DE ROTATION AUTOUR DE SON AXE. LE SIÈGE DE LA COUDURE, DE L'OBLITÉRATION APPARTIENT A L'S ILIAQUE ET CORRESPOND A L'EXTRÉMITÉ DE SA BRANCHE RECTALE, EXACTEMENT AU POINT OU L'S ILIAQUE SE CONTINUE DANS LE RECTUM. LA CORNE GAUCHE DE L'UTÉRUS, DONT LE FOND DÉPASSE D'ENVIRON TROIS TRAVERS DE DOIGT LE DÉTROIT SUPÉRIEUR, EST IMMOBILE ET IMMÉDIATEMENT EN AVANT DE LA COUDURE INTESTINALE. L'UTÉRUS, GROS A PEU PRÈS COMME A QUATRE MOIS DE GROSSESSE, FORTEMENT RÉTROVERSÉ, EST TOUT A FAIT COMPRIMÉ DANS LA MOITIÉ DROITE DU BASSIN, ET COMME ENCLAVÉ ENTRE LES BRANCHES DE L'S ILIAQUE ; IL EST TOUT A FAIT IMMOBILE. SON COTÉ GAUCHE, TRÈS ÉPAIS, EST ÉTROITEMENT ENTOURÉ PAR LA BRANCHE DROITE DE L'S ILIAQUE, QUI, DIRIGÉE DE GAUCHE A DROITE, CHEMINE SUR LA FACE ANTÉRIEURE DE L'UTÉRUS, RECOUVRANT AINSI TOUTE L'AIRE SUPÉRIEURE DU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

A droite de la matrice, tout l'intestin grêle, non fortement distendu est comprimé et ramassé dans un coin, en quelque sorte, de la moitié droite du bassin, de sorte que l'utérus est étroitement entouré par l'intestin.

Ce n'est qu'après qu'on eût libéré l'S iliaque de son mouvement de torsion, que la face antérieure de la portion de la matrice située au-dessus du détroit supérieur apparut. On constate aussi que l'utérus est si fortement dévié à droite autour de son axe sagittal, que la portion antérieure de la face latérale gauche, et seulement la moitié gauche de la face antérieure de l'utérus regardent en avant.

Le côté gauche est refoulé en avant et contre la paroi abdominale : aussi annexes gauches et ligament rond correspondant sont-ils déplacés en avant et presque jusque sur la ligne médiane. En arrière de l'ampoule tubaire et de l'ovaire gauche pendent des cordons de nature inflammatoire, allongés, minces, filiformes, vestiges très certainement des adhérences qui fixaient primitivement le côté gauche de l'utérus en arrière, et qui ont été sans doute détruites par l'organe en voie d'accroissement. De cette constatation, il ressort que les adhérences n'ont pas été les facteurs pathogéniques de l'occlusion intestinale.

Le ventre ouvert, la torsion subie par l'S iliaque corrigée, on s'efforça d'exprimer de bas en haut, à travers le point rétréci de l'intestin, le contenu intestinal. Échec. On fit alors une ponction du gros intestin, qui amena la sortie de gaz nombreux, mais l'intestin resta distendu ; ce qui décida à pratiquer la colotomie. L'intestin fut ouvert au-dessus du siège de l'occlusion, et il s'écoula une quantité énorme de matière stercorale. L'orifice intestinal artificiel fut suturé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale et celle-ci complètement fermée. Malgré l'intervention, la situation resta grave. Des

contractions utérines fortes se déclarèrent, qui amenèrent un raccourcissement notable du col. Mais la *mort* arriva onze heures environ après l'opération.

Autopsie. — Le gros intestin contient une quantité modérée de matière liquide venue de l'iléum, preuve que l'intestin grêle n'était pas paralysé Au-dessous du point oblitéré, le gros intestin est entièrement vide et affaissé, rétracté. Tout près du point d'occlusion existent, de chaque côté de l'intestin, des ganglions tuméfiés, du volume d'une cerise à celui d'une noix, d'origine syphilitique apparemment. L'utérus, par suite des contractions du travail, est plus élevé et un peu plus sur la ligne médiane, bien qu'encore fortement déjeté à droite, son fond arrivant à peu près à mi-distance de la symphyse à l'ombilic. Il est encore rétroversé et aussi nettement disloqué, tordu vers la droite qu'au moment de l'opération. Les annexes de droite sont situées en arrière de l'utérus, au voisinage de l'articulation sacro-iliaque. Les annexes de gauche sont en avant. L'utérus est libre d'adhérences.

La vessie, laquelle au cours de la laparotomie avait été trouvée tout à fait dans le petit bassin en arrière de la branche horizontale du pubis, n'avait pas, malgré les douleurs du travail et le raccourcissement du col, quitté le petit bassin. Elle est située immédiatement en arrière de la symphyse, et entièrement dans le petit bassin. L'excavation vésico-utérine est un peu aplatie, du fait de l'élévation de l'utérus.

La poche des eaux se rompt au moment où l'on soulève doucement l'utérus; l'excavation vésico-utérine s'aplatit d'avantage, mais la vessie n'est pas visiblement modifiée par les tractions; il semble qu'il n'existe plus d'union solide entre cet organe et l'utérus.

Diminution de l'utérus : longueur maxima 22 centim. dont 1 centimètre et demi pour la portion cervicale; largeur maxima 15 centim.; épaisseur maxima correspondant au côté gauche, 17 centim., celle-ci excédant l'épaisseur maxima. On constate que, DANS L'ENSEMBLE, L'UTÉRUS A DÉCRIT DANS SON ACCROISSEMENT UNE SPIRALE VERS LA DROITE. De plus, il est extrêmement asymétrique.

Telle est l'observation fort intéressante de Göttschalk. L'auteur insiste sur l'importance pathogénique des torsions axiales subies par l'utérus, et engage vivement les observateurs à les rechercher soigneusement. Il ne paraît pas douteux, dit-il, que la rétroversion ait eu, comme temps de transition, le mouvement de torsion. D'autre part, la tendance à l'accroissement en spirale, accusée dans chaque partie de l'organe, conduisit nécessairement à une incurvation sur le côté droit et sur la face postérieure. De plus, l'asymétrie, les différences surtout en épaisseur présentées par les diverses régions de la matrice, témoignaient qu'il ne pouvait s'agir d'une rétroversion rapide et brusque, mais au contraire

d'une déviation à évolution très lente. Quant aux difficultés de la réduction en pareil cas, elles s'expliquent simplement par le degré si accusé de torsion (mouvement spiroïde de toutes les parties constituantes de l'organe). Un utérus qui, dès le début de la grossesse, se développe en décrivant une spirale, ne peut se redresser spontanément. Il doit même opposer une grande résistance aux tentatives de reposition, parce qu'il ne s'agit pas seulement, comme dans la rétroflexion, d'égaliser, de faire disparaître un angle, une coudure. *Enfin, la circonstance causale importante dans la torsion spiroïde de l'utérus gravide est sûrement l'état de réplétion persistante de l'S iliaque, combinée avec la fixation du côté gauche de l'utérus.* R. LABUSQUIÈRE.

II. — MALFORMATIONS GÉNITALES

De la laparotomie dans les cas d'oblitération cicatricielle du vagin, compliquée d'hématomètre et d'hématosalpinx. J. M. L. WOFF (de Kasan), *Vratch*, n° 28, 1893.

L'auteur fait une revue générale de la question, à propos du cas suivant. Une paysanne de 25 ans présente, à la suite d'un typhus exanthémique grave, de la gangrène de la vulve et du vagin ; elle sort de l'hôpital guérie, au bout de six semaines, et se porte bien durant trois mois, sauf la disparition des règles. A ce moment surviennent des douleurs dans le bas-ventre durant quatre jours ; un mois plus tard ces douleurs reviennent avec plus de violence, et la malade entre à l'hôpital. On constate alors que le périnée et la moitié inférieure de la vulve ne sont représentés que par des cicatrices fermes, blanches, nacrées, sans trace de vagin, sans aucun pertuis; l'urèthre est normal, l'utérus globuleux, gros comme un poing, les annexes normales. Cette dernière circonstance, l'absence d'hématosalpinx, décide l'auteur à recourir à l'opération par voie vaginale, malgré toutes ses difficultés et ses résultats peu encourageants. La cicatrice vaginale ayant été sectionnée transversalement, l'opérateur se mit en devoir de séparer les parois vésicale et rectale du vagin, en se guidant sur une sonde et un doigt introduit dans le rectum ; mais ces parois étaient d'une minceur excessive, la seule partie accessible de l'utérus se trouvait être sa face postérieure, le col étant reporté en avant et intimement adhérent à la vessie. Dans ces conditions, l'opération fut abandonnée, et la laparotomie

reconnue nécessaire ; la malade refusa cette intervention, et quitta le service aussitôt après la cicatrisation de la plaie opératoire (neuvième jour). L'époque menstruelle suivante fut l'occasion de nouvelles douleurs, cette fois accompagnées de fièvre, et la malade revint, consentant à la laparotomie. L'examen des annexes permit de constater de la façon la plus nette que la trompe gauche, normale à son extrémité utérine, était distendue à son extrémité péritonéale : il y avait donc hématosalpinx et péritonite pelvienne. La laparotomie confirma ce diagnostic ; les annexes du côté gauche, complètement adhérentes mais accessibles, furent enlevées les premières ; il fut fait de même de l'ovaire droit, tandis que la trompe de ce côté, enfoncée en quelque sorte dans le rectum, dut être abandonnée. L'utérus, libéré de ses adhérences en arrière ne put être séparé de la vessie en avant, et n'aurait pu être amené au contact de la paroi abdominale ; il fut laissé intact. Le rétablissement fut rapide, compliqué par la suppuration de quelques sutures cutanées. Après la guérison en apparence complète il survint un écoulement abondant mais passager de pus par un petit pertuis de la cicatrice vaginale, le siège de cette collection purulente n'a pu être établi. Lorsque la malade quitta l'hôpital, plus de trois mois après l'opération, son état général était parfait ; l'utérus, revenu à un volume presque normal, était immobile, indolent, et assez mou. C'est de toutes les opérations de ce genre compulsées par l'auteur la seule où l'utérus rempli de sang ait été laissé en place, intact ; ce serait donc une conduite à suivre, lorsque l'hystérectomie sus-vaginale présente des dangers ou est impossible. (*A suivre*). M. N. W.

BIBLIOGRAPHIE

Considérations sur les ruptures de l'utérus et du vagin pendant l'accouchement, et la valeur de la laparotomie dans leur traitement. C. J. ANDRONESCO, médecin adjoint à la Maternité de Bukarest (Roumanie).

Un premier détail qui frappe dans ce travail, c'est le chiffre élevé des ruptures observées à la Maternité de Bukarest depuis 1887 : 35 ! On se demande immédiatement comment des accidents si rarement observés, fort heureusement, même dans les grandes Maternités, ont pu être, en si peu d'années, tant de fois rencon-

trés. L'explication est fournie plus loin : « Le plus grand nombre des femmes, écrit l'auteur, se présentent à l'Institut seulement après qu'elles ont épuisé, chez elles, toutes sortes de traitement, traitement empirique fait par des femmes sans instruction. Ce traitement consiste surtout dans le massage sur l'abdomen et les parties génitales avec de l'huile sale, dans des tractions fortes faites sur la partie qui se présente, et dans la succussion faite par un homme fort qui prend la femme dans ses bras et la secoue plusieurs fois vivement ».

Les 35 observations, sauf celle qui est personnelle à l'auteur, sont relatées d'une manière aussi sommaire que possible ; on y trouve les données qu'on consigne en général dans un tableau synoptique. Aussi est-il impossible de les soumettre à une analyse critique. Dans celle qui est personnelle à l'auteur, il s'agissait d'une femme III pare, qui, au cours du travail, eut une rupture considérable du vagin, comprenant les culs-de-sac antéro-latéraux et le péritoine sur une étendue de 16 centim. L'enfant, dont la tête était engagée dans le bassin, fut extrait avec le forceps, extraction qui fut rapidement suivie de l'expulsion du délivre. On fit ensuite la laparotomie. Suture de la déchirure vagino-péritonéale par seize points de suture qu'on évita de trop serrer en raison de l'état des tissus. Guérison complète le dix-septième jour. L'auteur reprend ensuite ces observations, et les groupe au point de vue de leurs variétés, de leur siège, de leurs rapports avec la présentation, et des interventions auxquelles elles ont donné lieu.

Relativement à leur distinction, au lieu de les diviser en ruptures complètes et incomplètes, l'auteur les divise en pénétrantes et non pénétrantes, suivant que le péritoine a été ou non ouvert, caractère qui, en certains cas, orientera la thérapeutique. Il met également en relief la forte proportion des ruptures vaginales, et termine par plusieurs propositions sur la conduite à tenir. Ces propositions se rapprochent beaucoup de celles que nous avons nous-même formulées dans un récent article. Aussi, nous bornerons-nous à mentionner que, d'après M. Andronesco, il faut toujours faire la laparotomie quand la rupture est pénétrante, c'est-à-dire quand le péritoine est ouvert.

R. LABUSQUIÈRE.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE POUR SERVIR A APPRÉCIER LA VALEUR COMPARATIVE DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS EMPLOYÉS DANS LE BUT DE RANIMER LES ENFANTS NÉS EN ÉTAT DE MORT APPARENTE

Par **M. A. Pinard** (1)

Le 5 juillet 1892, notre collègue M. Laborde faisait à cette tribune sa première communication sur les tractions rythmées de la langue, et nous rapportait deux cas dans lesquels l'application de cette méthode chez deux adultes asphyxiés par submersion, avait été suivie des résultats les plus brillants, pour ne pas dire les plus inespérés. Et ce même jour, avec l'enthousiasme et l'amour du bien qui le caractérisent, M. Laborde recommandait l'emploi de son procédé sans préjudice de tous les autres. Le 22 novembre de la même année, notre collègue nous faisait une nouvelle communication relative à l'application heureuse de son procédé au traitement de la syncope simple et à celui de l'asphyxie du nouveau-né. Et, bien que dans l'observation qui lui avait été communiquée par M. E. Mutelet, vétérinaire à Mouillenpont, il fût question d'un veau nouveau-né en état de mort apparente, rappelé à la vie par des tractions sur la langue,

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, dans sa séance du 15 janvier 1895.

M. Laborde appela l'attention des accoucheurs sur cette heureuse application « qu'ils pourraient avoir l'occasion, disait-il, de renouveler dans les cas fréquents, et parfois si rebelles, d'asphyxie du nouveau-né ». Et dans la séance suivante, M. Laborde faisait connaître à l'Académie que M. le D[r] Ch. Péronne, de Sedan, avait déjà fait avec un succès complet l'application du *procédé des tractions successives de la langue dans l'asphyxie des nouveau-nés.*

Vous savez combien, depuis cette époque, furent nombreuses les observations rapportées et dans lesquelles il est dit que le procédé des tractions rythmées de la langue a toujours suffi à rappeler à la vie les nouveau-nés en état de mort apparente.

De sorte que notre collègue, et j'espère qu'il ne me saura pas mauvais gré de le lui dire, en est arrivé à recommander à peu près exclusivement son procédé, parce qu'il le croit supérieur aux autres dans tous les cas où l'enfant naît en état de mort apparente. Cette manière de voir est-elle fondée ?

C'est ce que je vais chercher, non pas en discutant les observations des correspondants de notre collègue, mais en apportant ici et en les discutant, s'il le veut bien, des matériaux recueillis avec la plus grande impartialité. Et en disant cela, je ne suis pas encore dans le vrai. La vérité sera mieux exprimée quand j'aurai dit que j'ai recueilli mes observations, expérimenté les tractions rythmées de la langue, avec le plus grand désir de les voir se montrer toutes puissantes.

Et je ne pouvais agir d'une autre façon en expérimentant une méthode simple, facilement applicable par tout le monde, alors que celles que nous employons sont plus ou moins difficiles et exigent une éducation spéciale; en expérimentant une méthode enfin, dont l'auteur est entouré d'une si haute estime scientifique et avec lequel, je suis heureux de le dire, j'entretiens depuis de longues années les relations les plus cordialement amicales. Aussi depuis deux ans, j'étu-

die la question, je multiplie autant que je le puis les observations et j'aurais voulu qu'elles fussent plus nombreuses pour être plus convaincantes. Mais malgré leur nombre restreint, car il est extrêmement difficile de prendre de semblables observations, je pense que déjà des déductions peuvent en être tirées qui mettront les choses au point.

Cela dit, je vous demande la permission de vous exposer aussi brièvement que possible la conduite suivie et les résultats obtenus depuis deux ans à la clinique Baudelocque, dans les cas de mort apparente du nouveau-né.

Du 1er décembre 1892 au 1er décembre 1894, sur 4,000 accouchements environ effectués à la clinique Baudelocque :

50 enfants naquirent en état de mort apparente.

De ces 50 enfants :

24 furent ranimés après simple désobstruction des voies respiratoires et flagellation.

- 19 continuèrent à vivre.
- 5 moururent quelques heures ou quelques jours après leur naissance et alors que l'établissement ou le rétablissement de la respiration et de la circulation était complet ou paraissait l'être.

14 furent ranimés après désobstruction des voies respiratoires et insufflation pratiquée à l'aide du tube laryngien modifié par Ribemont-Dessaignes.

- 11 moururent quelques heures ou quelques jours après leur naissance. Tous présentaient des lésions ou des malformations incompatibles avec la vie.
- 3 continuèrent à vivre.

6 enfants furent ranimés après désobstruction des voies respiratoires, tractions rythmées de la langue et insufflation.

- 3 continuèrent à vivre.
- 3 moururent quelques jours après leur naissance, et présentaient des lésions incompatibles avec la vie.

6 enfants ne purent être ranimés ni par désobstruction des voies respiratoires, ni par insufflation, ni par tractions rythmées de la langue.

L'autopsie démontra chez tous des lésions ou des malfo matïons incompatibles avec la vie.

En résumé, sur 50 enfants nés en état de mort apparen 44 furent ranimés par des procédés divers, mais 19 mourure consécutivement ; 25 quittèrent le service en bon état.

6 ne purent être ranimés. La mort n'était pas apparen chez eux, elle était réelle.

Cette rapide énumération suffit à montrer déjà que da près de la moitié des cas, 24 fois sur 50, la simple désob truction des voies respiratoires jointe à la flagellation su pour ranimer des enfants nés en état de mort apparen mais je ne veux, pour le moment, tirer aucune conclusi de ce fait ; je me contente de le signaler.

Un autre point mérite également d'être mis en relief, c' la puissance de l'insufflation pratiquée à l'aide du tu laryngien modifié par Ribemont-Dessaignes, puisque procédé a permis de faire vivre pendant quelque tem 11 enfants qui étaient blessés à mort ou qui présentai des malformations incompatibles avec la vie.

Mais je passe également sur ces faits et j'arrive à l'exam des cas dans lesquels on a eu recours aux tractions rythm de la langue.

Ces cas sont au nombre de 12, sur lesquels j'en retranc immédiatement 6, car chez ces derniers, la mort n'était seulement apparente, elle était réelle, ainsi que le démon l'autopsie.

Il me reste donc 6 cas seulement qui peuvent fournir éléments sérieux d'appréciation au point de vue du proc ou des procédés employés. Aussi vais-je me permettre vous faire revivre pour un instant chacune de ces 6 obs vations.

OBS. I. — *Insufflation inefficace, puis tractions sur la lan ayant déterminé des mouvements inspiratoires.* — N° 373. Le 7 mars 1894, extraction, à l'aide du forceps, à minuit 40, d enfant en état de mort apparente.

De minuit 40 à minuit 45, désobstruction des voies resp

toires, insufflation ; les battements du cœur sont lents, le fœtus ne fait pas de mouvements respiratoires.

A minuit 45, tractions rythmiques sur la langue. Après une dizaine de tractions, le fœtus fait un mouvement inspiratoire, puis un second, puis recommence toutes les minutes. Les battements du cœur sont très nets, les tractions sont continuées et très énergiques ; on emploie ce moyen pendant trois heures.

A 2 h. 42, désobstruction des bronches, dont on ne retire que du sang.

A 2 h. 50, on reprend l'insufflation pendant quelques minutes, puis les tractions. Les battements du cœur vont en s'affaiblissant.

L'enfant meurt à 3 h. 45.

Tractions rythmées de la langue commencées à minuit 45.

1re Inspiration.

12h47'	12h48' 30"	12h49' 15"	12h50' 30	12h51' 75"	12h 52'50"
12 54	12 55	12 56	12 57 25	12 58 30	12 59 35
1 38	1 1 30	1 2 48	1 3 53	1 4 53	1 5 58
I 7 04"	1 8 08	1 9 16	1 10 25	1 11 27	1 12 32
1 13 36	1 14 46	1 15 54	1 17	1 18 18	1 19 15
1 21 15	1 22 12	1 22 25	1 23 10		

Mouvements vermiculaires du diaphragme.

1h24' 29"	1h25' 28"	1h26' 26"	1h27' 28	1h28' 27"	1h29' 45"
1 30 49	1 32 02	1 33 05	1 34 06	1 35	1 36 49
1 37 47	1 38 44	1 39 43	1 40 41	1 41 43	1 42 42
1 43 41	1 44 41	1 45 35	1 46 36	1 47 35	1 48 47
1 49 54	1 50 47	1 51 45	1 52 43	1 53 35	1 54 37
1 55 32	1 56 36	1 57 23	1 58 43	2 00 43	2 01 47
2 02 51	2 03 55	2 04 59	2 06 04	2 06 57	2 07 56
2 08 53	2 09 49	2 10 47	2 11 51	2 12 45	2 14 20
2 15 24	2 16 28	2 17 33	2 18 37	2 19 43	2 20 48
2 21 56	2 22 59	2 24 20	2 25 25	2 26 29	2 27 45
2 28 57	2 29 11	2 30 19	2 31 19	2 32 23	2 33 20
2 34 14	2 35 10	2 36 13	2 37 12	2 37 15	2 29 18
2 40 49	2 42 57	2 44 17	2 45 33	2 46 52	2 48 13
2 49 26					

On recommence l'insufflation.

2h 50 ; — 1re, 3" ; — 2o, 50" ; — 3o, 43" ; — 4o, 1' 3" ; — 5o, 1'
— 6o, 1'. — Mort à 3 h. 45.

Obs. II. — *Tractions sur la langue sans insufflation.* N° **893**. — Extraction, à l'aide du forceps, d'un enfant se prés tant par la face, né à 5 h. 38, en état de mort apparente.

Désobstruction des voies respiratoires, tractions sur la lan pendant trois minutes. Grand mouvement inspiratoire convu suivi d'autres, espacés de quelques secondes. A 5 h. 56, m vements vermiculaires du diaphragme, et premier cri. inspirations deviennent plus fréquentes ; à 6 h. 7, deuxi cri. Mort le même jour. Fracture du crâne.

Obs. III. — *Insufflation et tractions sur la langue.* — N° 9 — Le 13 juin 1894, à 5 heures du soir, une femme arrive à la s de travail, expulse immédiatement un fœtus se présentant le sommet, et en état de mort apparente.

M. le Dr Lepage, répétiteur du service, pratique, après la dés truction des voies respiratoires, la respiration artificielle. minutes après, l'enfant ouvre les yeux, et fait quelques insp tions, mais celles-ci s'arrêtent bientôt. L'insufflation est conti par M. le Lepage et par la sage-femme en chef, Mme Roze. Quel rares mouvements inspiratoires. On pratique alors les tract sur la langue, l'état ne change pas. On recommence l'insuffla La respiration reste irrégulière et faible. On cesse après un deux heures, et on place l'enfant dans une couveuse, en le mettant aux inhalations d'oxygène. Mort le lendemain. En pesant 2,560 grammes.

Obs. IV. — N° **1685**. — Le 5 décembre 1892, à 10 h extraction d'un enfant se présentant par le siège. Travail trente heures ; extraction difficile d'un enfant de 3,500 gram né en état de mort apparente.

Désobstruction des voies respiratoires et flagellation. Ni i ration ni battements du cœur visibles.

Tractions rythmées de la langue par mon chef de cliniq Dr Wallich, et par moi-même, d'abord avec une pince à pressure, puis avec une pince à langue. Nous n'obtenons pendant un temps qui nous parut fort long, mais dont la d

malheureusement ne fut pas enregistrée ; j'introduisis le tube de Ribemont-Dessaignes dans le larynx et procédai à l'insufflation. Et immédiatement se produisirent des inspirations qui se succédèrent ainsi dans l'intervalle suivant compté en secondes : 14" — 10 — 14 — 12 — 12 — 19 — 20 — 12 — 25 — 25 — 25 — 14 — 10 — 13 — 10 — 12 — 10 — 10 — 14 — 8 — 10 — 12 — 8 — 22 — 10 — 14.

A ce moment, le tube fut retiré et les respirations se succédèrent ainsi par intervalles de secondes : 6 — 10 — 6 — 15 — 18 — 18 — 12 — 6 — 18 — 12 — 10 — 4 — 8 — 12 — 10 — 4 — 10 — 10 — 10 — 8 — 8 — 8 — 10 — 10 — 8 — 7 — 7 — 7 — 7 — 8 — 6 — 7 — 7 — 8 — 7 — 5 — 5 — 6 — 4 — 4 — 4.

Le tout a duré vingt-cinq minutes. A ce moment, l'enfant jette son premier cri, et continue à respirer régulièrement.

Obs. V. — N° **241**. — 8 février 1894. Enfant extrait après symphyséotomie, à 4 h. 37, en état de mort apparente.

On perçoit de lents et faibles battements du cœur, mais aucun mouvement inspiratoire. Immédiatement, désobstruction des voies respiratoires, et frictions. Aucun changement, ni accélération des mouvements du cœur, ni mouvement respiratoire.

A 4 h. 39, je commence les tractions rythmés sur la langue, au nombre de 16 à 20 par minute, et je les continue jusqu'à 4 h. 43. Pendant ces quatre minutes, je vis les battements du cœur devenir de moins en moins fréquents, et les téguments se décolorer. J'introduisis alors, à 4 h. 44, le tube à insufflation dans le larynx, et j'insufflai.

A 4 h. 45, 1re inspiration, puis 3 successives.

A 4 h. 46, 5 respirations successives suivies d'une inspiration spasmodique.

A 4 h. 48, je retire l'insufflateur, mais l'enfant cesse de respirer.

A 4 h. 49, je recommence l'insufflation, et aussitôt se produit une inspiration.

A 4 h. 50, 7 respirations dont 1 spasmodique.

A 4 h. 51, 18 respirations.

A h. 52, la respiration commence à être régulière, quoique interrompue encore par des respirations spasmodiques.

A 4 h. 55, je retire l'insufflateur, l'enfant jette le premier cri, et respire régulièrement.

Cet enfant, qui pesait, au moment de sa naissance, 3,570 grammes, a quitté le service pesant 3,850 grammes.

Obs. VI. — N° 584. — 12 avril 1894, 10 h. 48. Après symphyséotomie, extraction d'un enfant se présentant par le siège. Après l'extraction, l'enfant ne respire pas, mais le cœur bat faiblement. Désobstruction immédiate des voies respiratoires, et flagellation ; aucun changement.

A 10 h. 50, tractions sur la langue pendant 2 minutes ; pas d'inspiration.

A 10 h. 52, aspiration des mucosités trachéales à l'aide du tube de Ribemont-Dessaignes, mais avec la bouche et non avec la poire, puis insufflation. Immédiatement, les battements du cœur s'accélèrent : 146 par minute.

A 10 h. 57, on retire le tube, qui semble rempli de liquide. 1re inspiration suivie d'une 2e, 30 secondes après.

A 10 h. 58, 1 inspiration, puis 2 successives en 20 secondes.

—	1	—	15 secondes après.
—	1	—	12 — —
puis	7	—	en 30 secondes.
—	10	—	en 15 —

Apparition des mouvements vermiculaires du diaphragme.

A 11 h., respiration régulière : 40 respirations par minute.

A 11 h. 5, l'enfant se colore, on lui fait respirer de l'oxygène.

A 11 h. 10, l'enfant ouvre les yeux et crie.

Cet enfant, qui pesait à sa naissance 3,320 grammes, quitta le service le vingtième jour, pesant 4,300 grammes,

En présence de ces faits, que faut-il conclure ? Je pense, quant à moi, que je n'ai pas le droit, à l'heure actuelle, de tirer aucune conclusion définitive.

Si, dans trois observations bien nettes, l'insufflation, pratiquée comme elle doit l'être, s'est montrée d'une façon indiscutable plus puissante que les tractions rythmées de la langue, et m'a permis de rappeler à la vie des enfants qui seraient morts sans cela, je ne veux pas et ne puis pas dire que les tractions rythmées de la langue ne constituent pas un bon moyen de rappel à la vie dans certaines circonstances.

Si je n'ai qu'une observation où la méthode de Laborde a pu faire naître des inspirations là où l'insufflation s'était montrée inefficace, je ne puis point oublier le fait suivant que je dois faire connaître aujourd'hui.

Je fus appelé à donner mes soins à un enfant de quatre semaines, syphilitique, qui avait été empoisonné par accident. Au lieu de liqueur de Van Swieten on lui avait fait prendre une solution de morphine. Quand je vis cet enfant à dix heures du matin, malgré tous les traitements rationnels employés avec la plus grande énergie, il était mourant, ou plutôt il était mort, car il était violacé, froid, ne respirait plus, et les battements du cœur étaient imperceptibles. J'eus l'idée d'appliquer chez lui les tractions rythmées de la langue, et après une dizaine de tractions, à l'étonnement de tous, l'enfant fit un mouvement inspiratoire, puis un second, puis un troisième, puis la respiration s'établit régulièrement, en même temps que la teinte livide de son visage disparaissait. Cet état dura trois minutes environ, et bientôt la respiration devint plus rare et plus faible, en même temps que la teinte asphyxique reparaissait sur le visage. Alors je fis de nouvelles tractions rythmées qui ramenèrent la respiration normale. Des tractions furent ainsi faites toutes les deux ou trois minutes, c'est-à-dire chaque fois que la respiration se ralentissait, et dans la journée les mouvements de déglutition reparurent à ce point que du lait put être absorbé facilement. Nous pûmes ainsi faire vivre cet enfant jusqu'à minuit, moment où les tractions ne donnèrent plus rien et où l'enfant succomba. Mais nous l'avions fait vivre, — et c'est un cas qu'il ne faudra pas oublier — pendant plus de douze heures, grâce aux tractions rythmées de la langue.

Il y a donc là un excitant puissant des réflexes respiratoire et circulatoire, excitant que j'ai pu étudier dans cette circonstance d'une façon spéciale. Ainsi, j'ai constaté que les tractions ne devaient pas être trop fortes pour produire tout leur effet. La respiration reparaissait plus tôt et durait plus longtemps quand elle succédait à des tractions modé-

rées. Les tractions fortes produisaient une sorte d'inhibition, et aucun mouvement respiratoire ne leur succédait. J'ai également constaté combien il était plus simple, plus commode et moins dangereux de se servir des doigts recouverts d'un linge fin pour serrer et tenir la langue que d'une pince quelconque. Ce n'est pas seulement dans ce cas que j'ai pu me convaincre de la supériorité des doigts sur tout instrument, et sur ce point je suis absolument de l'avis de mon maître M. Tarnier.

Messieurs, j'ai essayé de vous montrer, sans aucun parti pris, ce que j'ai obtenu en appliquant les différents procédés employés pour ranimer les nouveau-nés en état de mort apparente. Je ne sais si à l'heure actuelle votre avis diffère du mien, mais il me semble qu'il n'est pas permis encore de proclamer la supériorité du procédé de la langue sur l'insufflation, tout au moins chez le nouveau-né en état de mort apparente. Et si nous devons être profondément reconnaissants à notre collègue, M. Laborde, de nous avoir fait connaître un procédé qui peut rendre d'immenses services dans de nombreux cas, il n'a pas le droit, je crois, lui, de se montrer exclusif et injuste à l'égard des procédés qui ont fait leurs preuves depuis longtemps, à qui tant d'enfants doivent la vie, et de considérer comme rétrogrades ou réactionnaires ceux qui leur restent fidèles.

M. Laborde ayant contesté la valeur des observations ci-dessus, et proclamé à nouveau la supériorité des tractions rythmées. M. Pinard lui fit la réponse suivante (1) :

Ma réponse sera brève, car j'ai déjà obtenu une grande partie du résultat que je voulais atteindre. Mon ami Laborde vient de dire qu'il n'était pas l'ennemi de l'insufflation, il vient de reconnaître la puissance de ce procédé; donc, son opinion a changé, et il n'écrirait plus aujourd'hui que la traction rythmée de la langue est supérieure à l'insufflation.

(1) In *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 22 janvier 1895.

C'est un résultat que j'enregistre avec satisfaction, car là, pour moi, est le nœud du débat.

Mon collègue me reproche non pas ce que j'ai fait, mais ce que je n'ai pas fait, c'est-à-dire qu'il me reproche d'avoir discuté en m'appuyant seulement sur mes observations et non pas sur celles de ses correspondants. A cela je lui répondrai que je l'ai fait avec intention, non pas comme il semble le croire, par dédain, mais par esprit de méthode ; on ne discute sûrement et fructueusement que sur les faits vus et vécus. En agissant autrement, j'aurais été entraîné à discuter la valeur scientifique de chaque observation que nous ne connaissons personnellement ni l'un ni l'autre, et cela ne pouvait me conduire qu'à une discussion oiseuse.

J'arrive au premier reproche formulé par M. Laborde et qui concerne ce que j'ai fait. M. Laborde me dit : « Sur les 24 enfants qui furent ranimés après désobstruction des voies respiratoires, 5 moururent ensuite ; peut-être que si l'on eût employé un moyen plus puissant, ces enfants auraient survécu. » Je réponds à cela que dès que la respiration et la circulation sont établies régulièrement, dès que l'enfant crie, je trouve absolument inutile de continuer une excitation quelconque. Ces 5 enfants étaient bien ranimés, et s'ils sont morts c'est qu'ils présentaient des lésions ou malformations vues à l'autopsie et incompatibles avec l'existence. Les tractions rythmées de la langue, que dans sa pensée j'aurais dû employer, n'auraient pas donné de résultats meilleurs.

Quant au deuxième reproche, « vous n'avez pas continué assez longtemps les tractions rythmées de la langue », je ne le comprends pas, et il faut que M. Laborde n'ait pas vu un cas semblable pour qu'il puisse parler ainsi. Comment, quand j'ai entre les mains un enfant dont le cœur bat à peine, quand en employant les tractions de la langue, je vois cet enfant pâlir de plus en plus, quand je vois le cœur se ralentir assez pour que les battements deviennent imperceptibles, je devrais continuer, alors qu'en introduisant le tube laryngien et en insufflant je vois de suite la coloration reparaître

sur les téguments et les mouvements du cœur s'accentuer! C'est là une conduite que je ne saurais assez réprouver. J'en appelle à tous les hommes de bon sens, j'en appelle à mon collègue et je lui dis : ce serait votre enfant, feriez-vous ce que j'ai fait ou ce que vous me conseillez de faire ? Quoi que vous disiez, quoi que vous fassiez, vous ne ferez pas disparaître les trois observations que j'ai rapportées ici, et une quatrième qui s'est passée hier dans mon service, dans lesquelles les tractions de la langue n'ont rien donné, alors que l'insufflation a raminé les quatre enfants qui continuent à vivre et à se bien porter.

Il faut donc proclamer bien haut qu'il est utile, qu'il est indispensable de continuer à se servir du tube laryngien : 1° pour désobstruer les voies respiratoires, *chose capitale et primordiale*, et souvent employer la bouche pour pratiquer l'aspiration, la poire étant insuffisante; 2° pour faire pénétrer méthodiquement de l'air dans les poumons.

Que dans quelques cas, les tractions de la langue donnent de bons résultats et même de meilleurs que l'insufflation, je ne le nie point, n'ayant pas la prétention de tout savoir. C'est ce qu'il reste à étudier et à déterminer, et je souhaite que M. Laborde nous l'apprenne.

REMARQUES SUR LES CARACTÈRES MACROSCOPIQUES DE LA SALPINGO-OVARITE (1)

(*Suite*).

Par **Émile Reymond**, interne des hôpitaux.

III. — ADHÉRENCES DES SALPINGO-OVARITES AVEC LES ORGANES VOISINS

Nous venons de voir quelles adhérences pouvaient présenter entre eux, la trompe et l'ovaire ; nous allons étudier rapidement celles qu'ils peuvent contracter avec les organes voisins, en nous arrêtant seulement sur les dispositions qui

---

(1) Voir n° de janvier 1895, p. 57.

n'ont pas encore été étudiées ou sur celles qui peuvent présenter un intérêt bactériologique.

Au cours d'une laparotomie, il est fréquent, après avoir ouvert l'abdomen, de trouver l'épiploon fixé en bas, adhérent aux annexes : il faut rompre ces adhérences pour libérer l'épiploon et le rejeter en haut.

Au niveau des adhérences, le bord inférieur de cet épiploon a subi des modifications plus ou moins accentuées ; parfois l'épiploon est seulement un peu rouge à ce niveau et a perdu sa souplesse ; mais parfois aussi l'épiploon adhérent est transformé en une épaisse masse d'un rouge sombre, d'une consistance dure ; de nombreuses relations vasculaires se sont établies avec les annexes, et la masse épiploïque saigne largement, alors qu'on l'a détachée.

Les coupes histologiques faites à ce niveau donnent des renseignements différents suivant les cas : si le processus inflammatoire est peu avancé ou qu'on fasse les coupes sur la limite de l'induration, on constate seulement que les vaisseaux sont plus dilatés qu'à l'état normal, les travées qui séparent les lobules de graisse sont épaissies et contiennent un grand nombre de leucocytes (fig. 12).

Si le processus pathologique est plus accentué ou que les coupes soient faites en se rapprochant du centre de la masse indurée, l'on voit la disposition précédente s'exagérer ; les travées séparant les lobules de graisse sont de plus en plus encombrées de leucocytes ; enfin, par places l'on voit des groupes de cellules graisseuses envahies par des cellules inflammatoires ; si la lésion est de vieille date, ces groupes de cellules remplacent les lobules graisseux, s'organisent à leur tour et fournissent du tissu de cicatrice.

Les vaisseaux sont toujours profondément modifiés dans ces épiploïtes ; dans la pièce qui a fourni la fig. 12, un grand nombre d'entre eux étaient thrombosés et de nombreuses hémorrhagies interstitielles s'étaient produites.

Tels sont les principaux caractères des adhérences avec l'épiploon, celles qui se forment avec le tube digestif sont

bien plus complexes ; elles peuvent se présenter au niveau de l'anse oméga pour les annexes gauches, du cæcum et de l'appendice pour les annexes droites, au niveau du rectum et de l'intestin grêle pour les deux côtés.

Quand les adhérences sont anciennes, il paraît se faire une

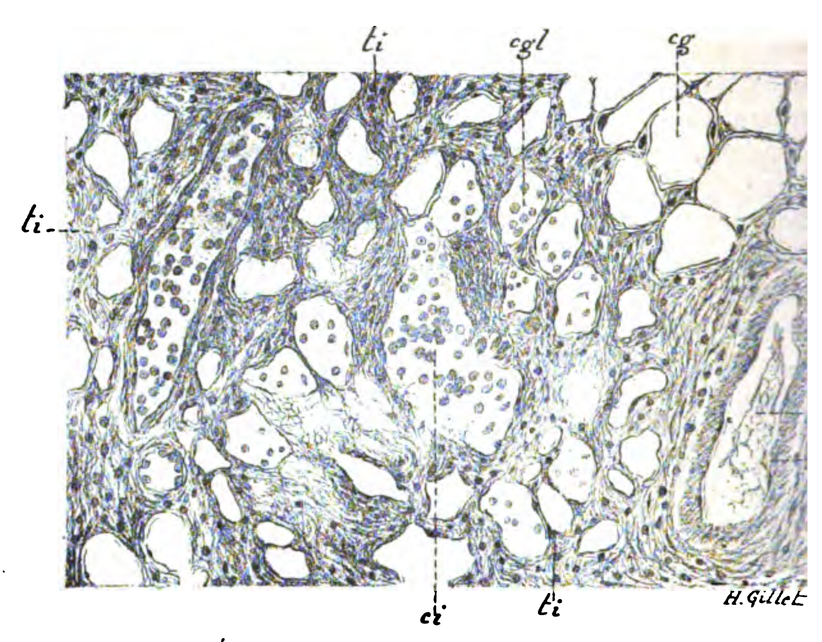


FIG. 12. — *Épiploïte.* Coupe faite dans une masse d'épiploon induré, adhérent à une salpingo-ovarite à pédicule tordu (observ. XXVI.)

cg., cellules graisseuses normales ; *cgl.*, cellules graisseuses envahies par des leucocytes ; *ci.*, cavité laissée par la disparition de plusieurs cellules graisseuses envahies par des leucocytes ; *ti.*, tissu conjonctif séparant les cellules graisseuses, qui est devenu épais et infiltré de leucocytes ; *a.*, artériole coupée en biais ; *c.*, caillot de thrombose de l'artériole.

sorte de résorption des couches successives de l'intestin ; la salpingite se comporte comme un abcès situé contre le tube digestif et tendant à s'y ouvrir ; mais il se produit alors ce phénomène intéressant : avant que la collection salpingienne se soit frayé un chemin dans le rectum, des micro-

organismes venus de celui-ci ont pu traverser en sens inverse les parois qui subsistent et infecter la trompe secondairement.

Ce phénomène ne nous a jamais apparu plus nettement que dans une observation dont nous ne faisons que retracer les principaux traits; les annexes sont des deux côtés infectées par le streptocoque : celui-ci est à l'état de pureté d'un seul côté ; du côté opposé, la trompe a son pavillon abouché contre une anse d'intestin grêle en forme d'éperon ; sous ce pavillon se trouve une collection purulente, qui a d'autre part pour limite la paroi intestinale privée de sa séreuse et d'une partie de sa tunique musculeuse. Or, dans cette collection purulente, on trouve non seulement du streptocoque, mais encore du bacterium coli, qui vraisemblablement vient de l'intestin à travers ce qui subsiste de la paroi intestinale.

Lorsque la résorption du tissu est complète, une communication s'établit entre la salpingite et l'intestin: c'est là une complication qui peut en clinique passer inaperçue, mais qui en réalité est très fréquente. Dans une série de cinquante-neuf laparotomies pour salpingites suppurées, MM. Terrier et Hartmann (1) trouvent huit cas de perforation intestinale antérieure à l'opération.

Les adhérences avec le tube digestif les plus fréquentes sont celles qui se constituent avec le rectum. Bland Sutton insiste sur l'amélioration qui se produit en ce cas au moment de l'ouverture de cette salpingite. Cette ouverture peut, du reste, passer inaperçue; aussi est-il difficile d'en préciser la fréquence. Nous avons, l'année dernière, dans le service de notre maître le Dr Guyot, ouvert par le cul-de-sac vaginal postérieur une salpingite que nous avons trouvée communiquant avec le rectum et contenant des matières fécales, sans que la communication ait été diagnostiquée avant l'opération: à la suite de celle-ci s'établit une large fistule recto-

(1) Terrier et Hartmann. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1893.

vaginale qui alla en diminuant; aujourd'hui, la malade
nous avons revue dernièrement, se porte bien.

Les adhérences des annexes droites avec le cæcu
l'appendice sont moins fréquentes mais plus intéressa
que celles du côté gauche avec l'anse oméga; d'une
en ce qu'elles présentent parfois des symptômes
ciaux pouvant faire errer le diagnostic et croire à
typhlite primitive; d'autre part, en ce qu'elles affecte
cours de la laparotomie un aspect spécial qu'il est bo
connaître; il est arrivé en effet d'enlever pendant l'opéra
l'appendice cæcal sans avoir reconnu tout d'abord de
organe il s'agissait.

La région cæcale subit, en effet, de profondes modi
tions se rapprochant beaucoup de celles que prov
l'appendicite; des adhérences s'établissent non seule
entre le cæcum et les annexes, mais entre le cæcu
d'autres organes, l'intestin grêle par exemple; entre
adhérences, de petites collections purulentes peuven
former et l'appendice cæcal se trouve souvent envel
par des tissus de nouvelle formation. Wylie (1) compte
cinq cas où il a été obligé de réséquer l'appendice.

Telles sont les principales adhérences que les salpi
ovarites puissent contracter avec le tube digestif; avec
pareil urinaire, elles sont moins fréquentes.

Avec l'uretère, ces adhérences peuvent être considé
comme une rareté; Wylie en cite un cas (2).

Les adhérences avec la vessie sont plus intéressa
mais nous ne ferons que les signaler ayant déjà étudié a
fois cette question (3).

La collection purulente adhérente à la vessie se comp
à peu près comme vis-à-vis du rectum; elle tend à s'ou

---

(1) WYLIE. *The Americ. Journal of obstetrics*, XXIV, mars 1891, n°

(2) WYLIE. *The Americ. Journal of obstetrics*, 1892.

(3) REYMOND. *Annales des maladies des org. génit.-urin.*, avril e
1893.

dans la vessie dont les parois vont en s'amincissant; une fistule salpingo-vésicale peut s'établir; une cystite s'ensuit immédiatement, au dire de la plupart des auteurs ; c'est là, une erreur, croyons-nous ; nous n'avons jamais vu, pour notre part, le pus d'une salpingite, s'écoulant dans la vessie, *suffire* à provoquer une inflammation de la muqueuse vésicale.

Pour que cette inflammation se produise, il faut d'une part que l'agent infectieux soit au contact de la muqueuse et que, d'autre part, celle-ci soit en état de réceptivité (rétention vésicale, congestion, traumatisme) ; si ces dernières conditions font défaut la cystite ne se produit pas.

Pendant six mois nous avons suivi cliniquement et étudié bien des fois à l'endoscope une fistule salpingo-vésicale dans le service de M. le professeur Guyon : le pus qui sortait de l'orifice était septique, la muqueuse vésicale était saine.

Cette femme avait cependant présenté de la cystite à une certaine période ; c'est au moment où la salpingite n'était pas encore ouverte dans la vessie, pendant que les adhérences s'établissaient et que la vessie était par elle-même assez congestionnée pour offrir un terrain de culture aux micro-organismes qui y pénétraient.

A partir du moment où le travail d'adhérence est terminé, où l'état congestif de la vessie cesse, le pus qui y pénètre ne détermine plus d'inflammation de la muqueuse parce que celle-ci se trouve capable de résister.

Cette absence de cystite n'est nullement due, comme on pourrait le croire, à la diminution de virulence du pus venu de la salpingite : il détermine sur les animaux les mêmes phénomènes d'infection.

D'ailleurs, une disposition bien plus frappante est celle où la salpingite communique d'une part avec le rectum, d'autre part avec la vessie ; nous avons pu étudier deux cas semblables, l'un dans le service de M. le professeur Guyon, l'autre dans celui de M. le professeur Terrier : dans les deux cas

les orifices étaient assez grands pour que les matières fécales pussent traverser la trompe et arriver assez abondamment dans la vessie ; nous avons pu suivre attentivement l'histoire clinique d'une de ces malades et nous assurer que cette présence continuelle de matières fécales dans la vessie ne détermine pas de cystites.

Il est bien certain que ce que nous disons là, ne peut s'étendre aux cas où les matières fécales joueraient un rôle mécanique d'obstruction, détermineraient de la rétention et placeraient ainsi la vessie dans un état de réceptivité.

La rétention, telle est en effet la grande cause de réceptivité de la vessie ; l'urine qui ne s'accumule pas n'a pas le temps de cultiver ; nous avons déjà eu l'occasion d'insister sur ce fait : lorsque se produit une large fistule vésico-vaginale, la vessie a beau être en communication directe avec un foyer septique, la muqueuse reste saine.

IV. — DES DIVERSES FORMES DE SALPINGITES

a) *Formes classiques.*

Dans la suite de ce travail nous voulons étudier chacun des éléments des trompes, voir comment se comportent les micro-organismes dans leur épaisseur, suivre les modifications que subissent ces éléments sous diverses influences.

Si actuellement nous passons en revue les différentes formes macroscopiques que peuvent revêtir les salpingites, c'est surtout pour pouvoir ensuite constater que chacun de ces aspects macroscopiques ne correspond généralement pas à une modification histologique spéciale des tissus, ni à une forme particulière d'infection et partant, que la classification habituelle des salpingites tout en rendant cliniquement de grands services ne repose pas plus sur les étapes successives de l'affection que sur les formes différentes de l'infection.

Orthmann (1) divisait les salpingites en catarrhales, purulentes, hématosalpinx, hydrosalpinx, et pyosalpinx.

M. le professeur Cornil (2) a modifié cette classification en décrivant successivement l'hydrosalpinx, la salpingite catarrhale végétante, le pyosalpinx, l'hématosalpinx, la salpingite tuberculeuse.

M. Pozzi (3), se plaçant au point de vue clinique et anatomique à la fois, pense qu'il est utile de faire deux classes de salpingites suivant qu'elles aboutissent ou non à la formation d'une tumeur enkystée. D'autre part, il considère les lésions de l'ovaire comme le plus souvent solidaires de celles de la trompe ; il pense cependant qu'en se plaçant au point de vue purement histologique, on peut accepter la classification établie par M. Paul Petit ; celui-ci divise d'abord les ovarites en non kystiques et kystiques ; ces dernières sont à leur tour divisées en ovarites à kystes séreux, sanguins, purulents, kystes par ectasie lymphatique.

Faisons remarquer de suite que le tableau de M. Paul Petit, trop considérable pour pouvoir être reproduit ici, représente une intéressante nomenclature des lésions histologiques que peut présenter l'ovaire, mais nullement une classification des différentes formes d'ovarites ; nous avons déjà vu que tel ovaire présentant un kyste purulent, possède le plus souvent en même temps plusieurs kystes séreux, il n'est pas rare qu'un kyste sanguin y soit mêlé ; et en même temps le même ovaire aura nombre de lésions parenchymateuses qui d'après la classification de M. Paul Petit devraient faire ranger l'ovaire dans les ovarites non kystiques.

Ce qui est vrai pour l'ovaire l'est aussi pour la trompe ; d'une part, il n'y a pas de limites bien nettes entre les différentes formes de salpingites admises et, d'autre part, on

---

(1) Orthmann. *Loc. cit.*

(2) Cornil. *Leçons sur l'anat. path. des métrites et salpingites*, 1889, p. 105.

(3) Pozzi. *Traité de Gynécologie*, 1892, p. 613.

range dans la même forme des états de la trompe essentiellement différents.

Si nous considérons par exemple la classification d'Orthmann, nous trouvons dans le premier groupe des formes aussi différentes que possible ; sous le nom de salpingite catarrhale, l'auteur réunit l'endosalpingite dont la muqueuse seule est atteinte et la salpingite folliculaire dont les tissus sont si profondément modifiés que les culs-de-sac glandulaires enveloppés dans du tissu de nouvelle formation se trouvent dispersés dans toute l'épaisseur des trompes.

La seule raison pour permettre d'accoupler deux formes de salpingites non kystiques aussi dissemblables est l'absence de pus dans les deux ; seulement dans la première il n'y en a pas encore ou il n'y en aura jamais ; dans la seconde il n'y en a plus.

Ce que nous disons pour cette forme, nous pourrions le répéter pour les autres. L'hydrosalpinx, par exemple, présente des lésions sur la différence desquelles insiste beaucoup M. le professeur Cornil ; les parois en sont parfois presque saines ; parfois elles sont si profondément modifiées qu'on a peine à en retrouver les limites. Or M. Cornil considère que cette hydropisie de la trompe est due simplement à une sécrétion de la muqueuse, les deux orifices de la trompe étant oblitérés. Pour M. Pozzi, cet hydrosalpinx est toujours consécutif à un pyosalpinx ; c'est assurément un cas bien fréquent, mais il n'est pas invraisemblable que l'hydrosalpinx puisse se constituer d'emblée comme l'indiquent Orthmann et Cornil , dès lors, on s'expliquerait plus facilement les deux formes si dissemblables de la lésion ; quoi qu'il en soit, et c'est là le point qui nous intéresse, on décrit sous le nom d'hydrosalpinx des salpingites dont les tissus ont des lésions absolument distinctes, correspondant à une période différente de la maladie et ne présentant de commun que d'être distendu par un liquide non purulent.

Si la même forme de salpingite comprend des salpingites d'âges différents, la même salpingite d'autre part peut prendre

successivement les formes les plus diverses. Considérons par exemple que sous l'influence de certaines conditions d'infection et de réceptivité une trompe s'enflamme : une salpingite catharrhale survient ; elle ne tarde pas à devenir salpingite purulente ; mais si elle tend à la guérison, elle redevient catarrhale et peut rester telle bien plus longtemps que dans le premier cas. Si les orifices se ferment, voici constitué un pyosalpinx qui à la longue pourra se transformer en hydrosalpinx.

b) *Formes rares de salpingites.*

Nous insisterons davantage sur quelques formes rares de salpingite restant à décrire, d'abord parce qu'elles sont peu connues en France, ensuite parce que chacune d'elles est due à l'importance que prend un des tissus de la trompe muqueuse ou musculeuse aux dépens de l'autre : c'est donc un acheminement à l'étude histologique elle-même.

La salpingitis productiva vegetans étudiée dans un travail spécial de Savinoff (1) de Moscou est celle que M. Cornil a décrite sous le nom de *salpingite catarrhale végétante*. C'est là une salpingite parenchymateuse dans laquelle telle portion du parenchyme a pris une importance prépondérante par rapport aux autres ; nous insisterons sur cette disposition à propos de l'étude de chaque élément ; il nous reste à parler de deux formes encore peu connues : la *salpingite papillomateuse* et la *salpingite noduleuse*.

C'est le 3 novembre 1886 qu'à la Société obstétricale de Londres les docteurs Alban Doran et Routh eurent, à propos d'observations personnelles de *salpingite papillomateuse*, une discussion d'où il résultait que cette salpingite constituerait une forme spéciale due à un agent infectieux spécial.

D'après Alban Doran (2), les papillomes envahissaient les

(1) SAVINOFF. *Arch. für Gynæk.*, vol. XXXIV, p. 289.
(2) ALBAN DORAN. *Trans. Path. Soc.*, vol. XXXI.

trompes comme le fait la blennorrhagie, la contagion se faisant par le contact direct comme pour les verrues.

Ces papillomes donnent une sécrétion très variable, suivant le siège qu'ils occupent. A la vulve et dans le vagin ils donnent lieu à un écoulement fétide ; dans l'utérus, à des pertes de sang quelquefois abondantes. Dans les trompes, ils peuvent être la cause d'une irritation assez violente pour déterminer une oblitération du pavillon et prévenir l'extension au péritoine.

Mais si les adhérences au pavillon ne se produisent pas, si celui-ci reste perméable, alors il s'écoule dans le péritoine un liquide séreux, peu irritant, pouvant quelquefois déterminer une ascite peu abondante, mais ne produisant pas d'adhérences : des papillomes du péritoine et des ovaires peuvent alors se produire.

Disons desuite qu'il ne nous a jamais été donné d'observer une salpingite appartenant à la forme décrite par Doran ; en revanche, nous avons souvent examiné des trompes correspondant aux deux formes qui nous restent à étudier : les salpingites *folliculaires* et les salpingites *noduleuses*, que nous tenons à rapprocher, voire même à confondre en partie.

Les follicules de la trompe sont connus et décrits en France, et, si l'on n'a pas cru devoir en faire une forme spéciale de salpingite, on a constaté du moins dans quelle région se développaient ces follicules. On a vu que l'accolement de certaines franges et l'isolement des culs-de-sac glandulaires donnaient naissance à des cavités closes d'abord situées dans la muqueuse, puis ensuite dans la couche musculaire de l'organe.

En revanche, la forme noduleuse est très mal connue en France ; elle ne l'est pas davantage en Angleterre.

Simpson (1) a décrit, il est vrai, un myôme salpingien, mais la description et le dessin de la pièce sont peu concluants.

---

(1) Simpson.

Spaeth décrit un myôme de la trompe ayant 4 centim. d'épaisseur.

Bland Sutton (1) consacre un petit chapitre à un myôme de la trompe qu'il place parmi les tumeurs de celle-ci, en dehors de la salpingite: il considère du reste cette tumeur comme rare et sans grand intérêt. Toutefois, il pense que chaque fois qu'une salpingite se développe auprès d'un utérus fibromateux, cette salpingite a une épaisse paroi musculaire, mais il croit qu'il ne faut pas confondre cette hypertrophie avec un myôme. L'auteur ne paraît pas avoir eu connaissance des nombreux travaux parus sur la question en Allemagne.

Rokitansky, Förster, Mœckel, Klebs, y ont signalé depuis longtemps sur le parcours des trompes de petites masses que ces auteurs considéraient comme des myômes, et nous verrons qu'ils n'étaient pas éloignés de la vérité quoi qu'on ait voulu, depuis, démontrer que ces tumeurs étaient d'une autre nature.

Kugelmann dit avoir souvent vu une petite tumeur près de l'extrémité interne de la trompe, dans l'épaisseur des parois : mais il a été frappé surtout par la petite collection de liquide que présentait le plus souvent ce noyau interstitiel ; aussi ne pense-t-il pas qu'il s'agisse d'un myôme, mais d'un exsudat de paramétrite.

Nous allons montrer quel rapport étroit existe entre les noyaux pleins des premiers auteurs et les noyaux creux décrits par Kugelmann ; en revanche, c'est une erreur, croyons-nous, que d'établir, comme on a tenté de le faire en Allemagne, une similitude entre la forme dont nous nous occupons et les indurations que Hegar a décrites dans cette région, à propos de la tuberculose génitale. Les indurations de Hegar contenaient une matière caséeuse et paraissaient être elles-mêmes de nature tuberculeuse.

Orthmann et Werth ont parlé, eux aussi, des noyaux durs

(1) Bland Sutton. *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes.*

qu'on trouve à l'isthme de la trompe. Martin a bien vu le rapprochement qui pouvait exister entre les indurations des parois de la trompe et les invaginations que présente la muqueuse à ce niveau, invaginations qui pénètrent profondément jusque dans la couche musculeuse et peuvent s'y isoler ; il donne à cette forme le nom de salpingite folliculaire.

Chiari la décrivit avec soin, publia sept cas personnels et fit remarquer que l'on ne trouvait cette forme que chez les femmes en âge d'avoir des enfants.

Schauta (1) en donne une très bonne description ; il insiste d'une part sur la prolifération musculaire, d'autre part sur les petits kystes formés par invagination et étranglement de la muqueuse ; mais c'est à ces derniers qu'il donna la plus grande importance, considérant que ces tumeurs étaient d'origine inflammatoire, que l'inflammation avait la muqueuse comme point de départ, que l'épaississement musculaire était dû, non à la formation des myômes véritables, mais à une hyperplasie et à une hypertrophie des fibres musculaires : pour lui ces nodosités se développent en ce point de la trompe parce que c'est à ce niveau que la lumière est la plus étroite.

Schauta pense que cette forme de salpingite a des symptômes spéciaux : des douleurs violentes et paroxystiques représenteraient le signe fonctionnel le plus important ; le toucher permettrait de reconnaître la tumeur noduleuse dans le cul-de-sac latéral près de l'utérus. Le travail de Schauta est suivi de dix-huit observations personnelles où l'auteur a pu étudier cliniquement et anatomiquement cette forme.

Nous avons eu l'occasion de voir, il y a peu de temps, M. Pilliet (2) présenter à la Société d'anatomie, une trompe droite offrant, à sa partie moyenne, un petit fibrome du

---

(1) SCHAUTA. *Archiv. für Gyn.*, 1888, Bd. 33, H. 1, p. 27.

(2) A. H. PILLIET. Fibro-myôme de la trompe utérine. *Bull. Société anatomique,* juillet 1894, p. 554.

volume d'une aveline. Histologiquement, la tumeur n'était constituée que par des fibres musculaires et des fibres conjonctives; mais à ce propos, M. Pilliet rappelle qu'il a déjà vu une salpingite double dans laquelle le trajet intra-utérin des trompes était flanqué de nodosités de la grosseur d'une noisette semblables à des fibromes utérins, mais contenant des culs-de-sac glandulaires dilatés.

En résumé, la forme qui nous occupe a deux caractères principaux : 1° nodosités fournies aux dépens de la couche

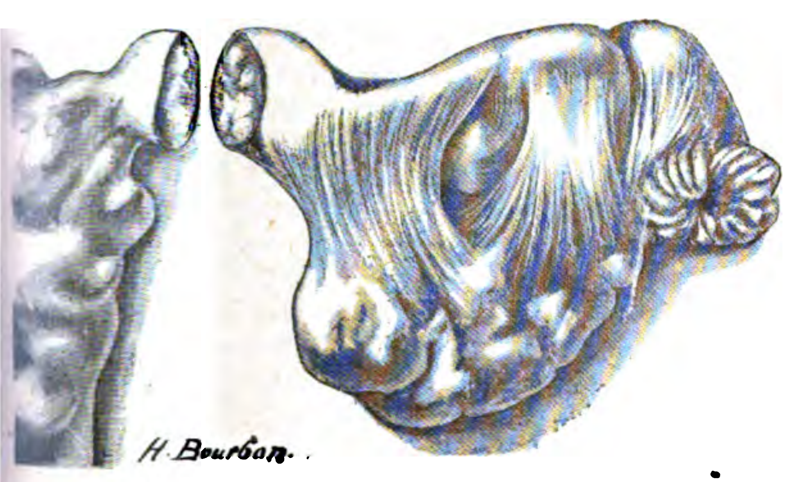


FIG. 13. — Salpingite nodulaire.

musculaire ; 2° culs-de-sac de la muqueuse isolés dans cette masse musculaire. Quand les auteurs ont trouvé le premier caractère prédominant, ils ont décrit une forme noduleuse ; quand ils ont été frappés surtout par le second, ils ont décrit la forme folliculaire ; mais, comme nous allons le voir, il est indispensable de rapprocher les deux caractères qui dépendent l'un de l'autre : il est utile aussi de montrer que cette forme n'est pas une variété bien définie, mais l'exagération d'une disposition banale des tissus dans les salpingites.

L'observation ayant fourni la fig. 13 offre le type le plus

parfait que nous ayons jamais rencontré de la salpi nodulo-folliculaire. Chez cette malade, on trouve du gauche des annexes rouges, enflammées, adhérentes à testin et à l'épiploon, quoique souples en tous points trompe droite a les mêmes caractères dans ses deux externes ; mais au niveau du tiers interne se trouve un n ferme, distendant le péritoine, de couleur pâle, du vol d'une cerise, bien séparé en dedans de la corne utérine un profond sillon.

Une coupe histologique faite dans cette petite tu donne l'aspect que reproduit la fig. 14, la lumière e étroite qu'on hésite tout d'abord à la reconnaître ; toute ayant fait des coupes en séries sur toute la longueur d masse noduleuse, on voit que cette lumière se contin n'est nulle part obturée ; mais dans la figure ci-joint peut constater que son diamètre est vingt fois moins c dérable que celui du kyste *g k* par exemple.

Immédiatement en dehors de la muqueuse, commen couche musculaire, ou pour mieux dire le tissu du my Ce myôme n'est pas distribué régulièrement autour d lumière ; il se trouve en grande partie latéralement situ rapport à celle-ci.

Les faisceaux musculaires ayant abandonné toute di sition normale, se croisent en tout sens ; c'est à peine si peut reconnaître que les faisceaux longitudinaux sont nombreux à la périphérie, les faisceaux transversaux nombreux au centre ; ils sont tous séparés par d'épai bandes de tissu conjonctif (*t c*).

Toute la préparation est semée de kystes ayant des fo et des dimensions variables (*k* et *g k*).

On ne les trouve pas seulement dans la muqueuse, o trouve surtout au milieu des couches musculaires o acquièrent leurs plus grandes dimensions ; plusieurs d'e eux se développent jusque sous le péritoine. Ces kystes revêtus d'un épithélium cylindrique ou cubique.

La petite tumeur est très pauvre en vaisseaux ; les art

y sont petites et rares : autour d'elles on trouve souvent

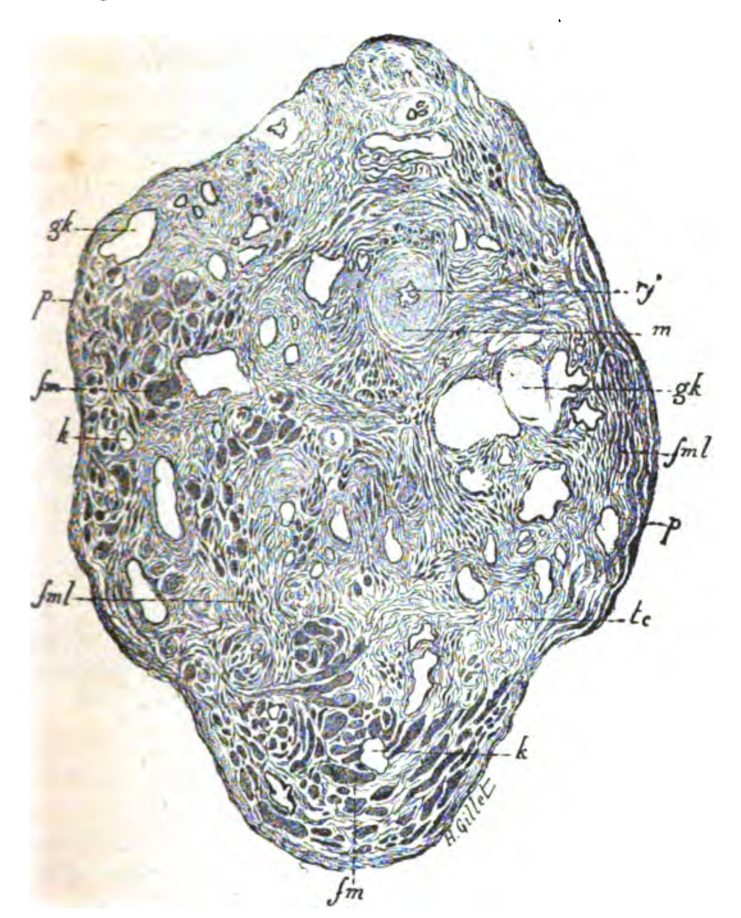


FIG. 14. — Salpingite *nodulo-folliculaire*. Coupe faite dans le myôme de la trompe droite.

rf., restes des franges ; *m.*, muqueuse épaissie ; *f. m.*, fibres musculaires s'entre-croisant en tous sens ; *t. c.* ; tissu conjonctif ; *p.*, péritoine ; *k.*, kyste épithélial ; *g. k.*, grand kyste : le diamètre de ce kyste épithélial est devenu vingt fois plus considérable que celui de la lumière actuelle de la trompe.

une couronne de faisceaux musculaires dont les fibres coupées transversalement accompagnent l'artère.

Le nom de *myo-kystique* conviendrait au cas que nous

venons d'étudier; mais dans telle autre observation nous trouvons le tissu musculaire remplacé par du tissu fibreux, et la tumeur mal limitée ne peut présenter qu'une induration diffuse d'une région de la trompe, la disposition des kystes restant sensiblement la même.

Ainsi donc. il s'agit tantôt de tissu fibreux, tantôt de tissu musculaire ; celui-ci peut, d'autre part, présenter des fibres musculaires se croisant en tous temps, ou ayant gardé à peu près leurs directions. La distribution du kyste nous fournira-t-elle un caractère plus constant ? Non, car si les kystes peuvent être dispersés dans la musculeuse, ils peuvent, d'autre part, ne s'y trouver qu'en petit nombre, ils peuvent même rester localisés à la muqueuse.

Tel est le cas de l'observation ayant fourni la fig. 15: dans ce cas les parois de la trompe sont d'une épaisseur considérable; la couche musculaire très épaisse est par places remplacée par du tissu fibreux; les vaisseaux ont des parois épaisses et une lumière étroite. La muqueuse ne possédant plus de franges se présente sous l'aspect d'une épaisse couche fibreuse parsemée de kystes qu'on ne retrouve pas dans les autres tuniques. Ces kystes, d'autant plus profondément situés qu'ils sont formés depuis plus longtemps, présentent un aspect variable suivant leur âge.

Le kyste 1 est sous-épithélial; il est revêtu d'une couche régulière de cellules cylindriques (*e k*); dans l'intérieur du kyste se trouve une couronne de cellules ayant déjà desquamé (*e d*) ; plus au centre du kyste, d'autres cellules desquamées depuis plus longtemps ont perdu leurs formes et sont devenues globuleuses.

Le kyste 2 est plus profondément situé et sa formation remonte par conséquent à une époque antérieure; les cellules de revêtement ne sont plus cylindriques mais cubiques. Les cellules tombées dans l'intérieur du kyste conservent mal leurs formes; elles ne sont pour laplupart représentées que par des noyaux autour desquels s'est répandu le protoplasma cellulaire.

Enfin, dans le kyste 3, situé au point le plus profond de la

muqueuse et empiétant même un peu sur la couche muscu-

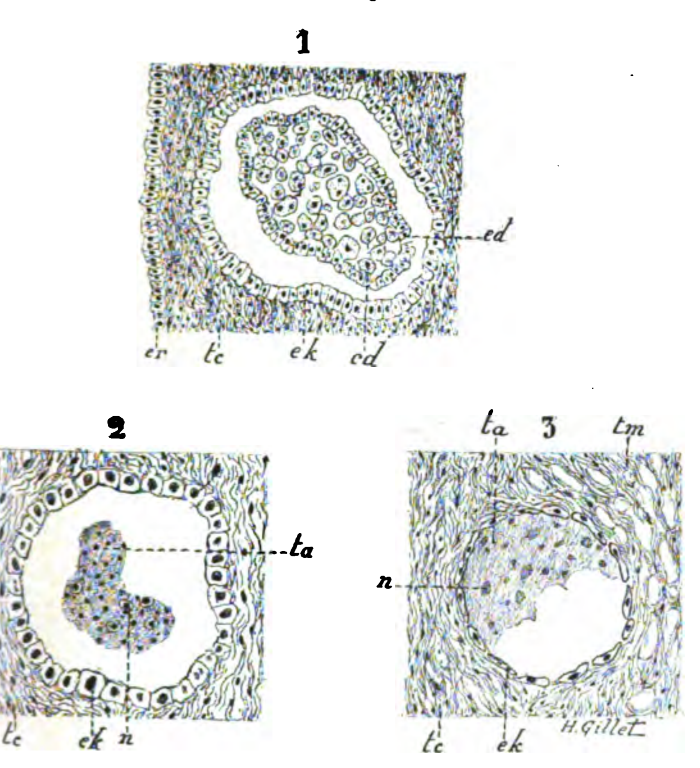


FIG. 15. — Salpingite folliculaire. Trois des follicules d'âges différents (observ. XXV).

1. *Follicule superficiel*, *e.r.*, épithélium revêtant la lumière ; *t.c.*, tissu conjonctif ; *e.k.*, épithélium du kyste : cylindrique ; *e.d.*, épithélium desquamé en masse gardant une forme annulaire ; *c.d.*, cellules desquamées depuis plus longtemps, ayant perdu leurs formes.

2. *Follicule de l'épaisseur de la muqueuse.* — *e.k.*, épithélium du kyste : cubique ; *n.*, noyau d'une des cellules desquamées ; *t.a.*, tissu devenu amorphe, restes de la desquamation épithéliale.

3. *Follicule s'engageant dans la musculeuse.* — *e.k.*, épithélium du kyste : aplati ; *n.*, reste d'un noyau d'une cellule desquamée ; *t.a.*, tissu amorphe contenu dans le kyste ; *t.m*, tissu musculaire ; *t.c.*, tissu conjonctif.

laire, on ne trouve plus qu'un revêtement de cellules plates ;

le kyste contient une masse amorphe colorée en jaune, rétractée en partie, mais dans laquelle se voient encore des traces de noyaux cellulaires (*n*).

Ainsi donc, nous ne trouvons aucun caractère anatomique qui soit à lui seul caractéristique de la forme qui nous intéresse. Voyons du moins comment elle se constitue; sa pathogénie nous fera mieux saisir comment elle dérive des autres formes de salpingites et pourquoi il n'existe pas entre elles des limites bien tranchées.

Schauta s'est demandé pourquoi les nodules se développaient de préférence à l'extrémité utérine de la trompe; il pense que cela tient à l'étroitesse de la lumière à ce niveau; la muqueuse comprimée pousse des prolongements dans la musculeuse ; celle-ci étrangle les prolongements, les isole et ainsi se trouvent constitués les kystes. Mais cette explication ne nous apprend rien sur les raisons faisant que telle salpingite devient noduleuse alors que telle autre ne l'est pas.

D'autre part, nous avons souvent été frappé par la concomitance des salpingites nodulo-kystiques et des fibromes utérins. La fig. 13 rappelle un de ces cas. Dans une autre observation les fibromes utérins étaient assez volumineux pour avoir été cliniquement diagnostiqués ; dans un troisième cas de salpingite nodulo-kystique nous avions trouvé non seulement des fibromes de l'utérus, mais un fibrome de l'ovaire.

Schauta avait déjà signalé que la forme noduleuse se produit de 20 à 45 ans ; il avait cru remarquer que les nodules s'atténuaient à partir de cet âge ; malheureusement, dans ses très courtes observations il ne signale pas la présence des fibromes utérins. Chiari avait, lui aussi, fait la même remarque que Schauta ; les femmes, dit-il, ayant des nodules salpingiens ont toutes l'âge où se développent les fibromes.

Une autre disposition anatomique nous a frappé dans nos observations de nodules salpingiens, c'est celle qui a rapport à la distribution vasculaire. Dans les régions avoisinant les

nodules les vaisseaux sont nombreux ; par places ils constituent la plus grande partie des tissus de la trompe séparant les espaces kystiques ; à mesure que l'on se rapproche du nodule, on voit les vaisseaux diminuer de nombre et d'importance et le tissu fibro-musculaire prendre leur place ; les artères revêtent des parois énormes, s'enveloppent de fibres musculaires en certains points et voient progressivement diminuer leur lumière.

En rapprochant ces divers, éléments voici, pensons-nous, comment doit être comprise la formation de la salpingite nodulo-folliculaire. Par accolement des franges se forment des kystes au niveau de la muqueuse salpingienne. Les parois de ces kystes sont souvent très vasculaires, ce tissu vasculaire a grande tendance à se transformer dans les couches externes de la muqueuse, au contact de la couche musculaire ; ce tissu vasculaire peut faire place à des tissus fibreux, mais on peut aussi le voir se transformer en tissu musculaire, la tunique musculaire paraissant alors s'hypertrophier en empiétant sur la muqueuse. Il semble se faire une transformation analogue à celle que Klebs a décrite pour la constitution des myômes, les gros capillaires s'entourant d'abord de cellules rondes qui deviennent ultérieurement des cellules fusiformes. Les kystes inclus dans la paroi seront ainsi rejetés en dehors à mesure que le nouveau tissu musculaire se formera en dedans.

Ces transformations peuvent se faire en tous les points de la trompe d'une façon assez régulière et dès lors la salpingite continuera à mériter le nom de parenchymateuse.

Mais chez telle autre malade paraissant présenter une disposition spéciale au développement des fibromes, on peut voir cette production de fibres musculaires se faire considérable en un point seulement, créant ainsi un nodule myo-kystique ; que le tissu musculaire tende à se transformer en tissu fibreux, on aura une disposition fibro-kystique.

En résumé : la salpingite *folliculaire* et la salpingite *nodu-*

leuse doivent être rapprochées; cette salpingite *nodulo-folliculaire* peut être, suivant lès cas, *myo-kystique* ou *fibro-kystique*.

THROMBUS PÉDICULÉ DU VAGIN

Par le professeur **Queirel**.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MARSEILLE

Au n° 8 de la salle des femmes en couches, vous avez vu une femme de 19 ans, primipare, accouchée depuis huit jours. L'accouchement et la délivrance ont été spontanés, l'enfant se présentait par le sommet en O. I. G. A. et pesait 3,000 grammes. L'allaitement a commencé dans de bonnes conditions, les suites de couches sont apyrétiques. Ce cas ne présente donc rien de particulier, ni au point de vue de la parturition, ni au point de vue de la délivrance, ni au point de vue du post-partum ; mais il n'en est pas ainsi de la grossesse, qui nous fournit une particularité intéressante, sur laquelle je veux attirer votre attention. Si nous remontons à deux mois, la plupart d'entre vous se souviendront m'avoir vu opérer cette femme d'une tumeur de la vulve ou plutôt du vagin. Voici l'histoire de la malade : Le 4 octobre, elle nous est amenée à l'hôpital. La veille, non sans une scène violente, elle s'était, après une absence de 4 mois, réconciliée avec le père de son enfant. Il paraît que le coït fut assez impétueux, sinon brutal; car à la suite de cet acte, elle fut prise d'une douleur violente, au niveau du bas-ventre, puis sentit quelque chose qui la gênait et qui sortait au niveau de la vulve. Elle y porta les mains et voyant qu'elle avait du sang, elle s'effraya, crut qu'elle allait avorter et se fit trancporter à l'hôpital.

Nous la trouvons dans son lit, le 4 au matin, avec la figure rouge, vultueuse,le pouls fréquent, la température à 38°, la vulve endolorie et suintant un peu de sang.

A l'examen des parties génitales, nous trouvons, sortant de l'orifice vaginal, une tumeur piriforme, grosse comme un œuf de poule, violacée, noire par places et écartant les grandes et les petites lèvres qui sont sillonnées de varices, principalement du

côté gauche. Prise entre les doigts, cette tumeur est tendue, résistante, mobile et on trouve qu'elle est rattachée à la paroi postérieure du vagin, sur la ligne médiane. Au lieu d'implantation de la tumeur, il existe un pédicule, long de cinq à six centimètres, commençant en avant à un centim. de la fourchette. Les dimensions de la tumeur sont de dix centim. dans son diamètre longitudinal et de cinq centim. dans le transverse. Elle présente une surface muqueuse, dépolie, semblant prête à se sphacéler, laissant voir par transparence du sang qui vient sourdre à travers les éraillures de cette muqueuse vaginale. Le toucher rectal montre qu'elle siège en avant de la cloison recto-vaginale qui est complètement libre.

Le diagnostic était facile à faire. Nous étions en présence d'un *thrombus* du vagin, pendant la grossesse qui était manifestement au commencement du huitième mois.

Le début brusque de l'épanchement en était un des symptômes classiques ; mais, sans vouloir discuter pour le moment, s'il était dû à une rupture d'une veine variqueuse, altérée dans ses parois et froissée au moment du coït, ou si le sang fourni était à la fois artériel et veineux — les deux théories ont été soutenues par Blot et par Labori — nous devions remarquer qu'un des caractères du thrombus manquait absolument et le rangeait dans une catégorie à part. Ce caractère dont nous venons de parler, c'est la diffusion. D'ordinaire l'épanchement sanguin s'infiltre dans les mailles du tissu conjonctif d'une région (vulve, périnée, etc.) et n'a d'autres limites que les aponévroses qui la circonscrivent. Il dissocie même les fibres musculaires, formant au milieu d'elles des foyers hémorrhagiques.

Ici, au contraire, l'hématome est demeuré circonscrit, limité. C'est ce qui expliquait sa rénitence et sa tension, et c'est aussi ce caractère qui en fait la rareté. En effet, le thrombus, quoique rare, est plus fréquent pendant la parturition ou après l'accouchement que pendant la grossesse. Les vaisseaux froissés, déchirés par le passage de la tête, mais comprimés par elle, tant qu'elle n'est pas dégagée,

ne donnent lieu à l'épanchement qu'après son dégagement.

La muqueuse restant intacte, le sang fuse autour du vagin, gagne les parties profondes du pelvis et peut aller, si son siège est sous-aponévrotique, jusque dans la fosse iliaque interne, en décollant l'aponévrose pelvienne; ainsi que nous l'avons constaté, l'an passé, chez une femme morte, à la maternité, de cet accident et dont M. Lop fit l'autopsie. Daneux, Laborie ont cité des exemples semblables. On observe alors, en même temps qu'une douleur plus ou moins forte dans la région, des phénomènes graves qui rappellent ceux des grandes hémorrhagies internes, avec ou sans tumeur apparente.

Durant la grossesse le thrombus est en général moins grave, cependant il peut donner le change avec une hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, ainsi que l'a observé M. Loviot dans le cas suivant :

C'était une primipare, au septième mois de la grossesse. Dans la même journée, elle perdit deux fois du sang, en assez grande quantité : une fois en allant à la garde-robe, une autre fois après la miction. Une sage-femme et deux confrères avaient cru à une hémorrhagie par insertion vicieuse, malgré la primiparité. M. Loviot, en examinant la malade, put se rendre compte que le sang perdu provenait d'un thrombus situé à l'orifice hyménéo-vaginal. La tumeur était bilobée et à cheval sur l'hymen dilacéré; la partie droite se trouvait en avant, la partie gauche en arrière. Compression, repos, pas de coït. Accouchement à terme. Rien du côté de la tumeur.

Quand l'hémorrhagie n'est pas abondante, un examen sérieux ne permet pas de persister dans l'erreur d'un placenta prævia; mais quelquefois l'écoulement de sang qui accompagne la production du thrombus et sa rupture simultanée, est tellement grand que l'hémorrhagie peut être mortelle, ainsi que le rapporte le professeur Tarnier. Dans son remarquable traité d'accouchement, il cite deux cas, l'un

par coït, l'autre par accident, où la femme succomba avant tout secours.

Heureusement, le fait que nous observons ne ressemble que de loin à ces cas malheureux. S'il s'en rapproche par le début brusque, par l'étiologie et par la pathogénie, il en diffère essentiellement par la terminaison et par le siège de l'épanchement. Celui-ci était très superficiel, sous-muqueux et donnait à la muqueuse vaginale l'aspect ecchymotique, signalé par Hervieux. De plus, il était exactement sur la ligne médiane, c'est ce qui explique pourquoi la tumeur était tendue et pédiculée.

En cherchant les faits analogues dans la littérature médicale, nous pouvons refaire l'histoire de cet accident de la grossesse.

Nous avons trouvé, en effet, six observations semblables : une publiée par M. Budin, dans les *Archives de tocologie*, 1887, et prise dans son service. Il s'agissait d'une primipare, grosse de sept mois. Une de M. Auvard, publiée dans le même journal, 1890. La femme était une secondipare, grosse de huit mois, entrée aussi dans le service de M. Budin que M. Auvard suppléait. Observation en tout semblable à la première. Enfin, quatre observations, citées par MM. Budin et Auvard, de Fehling, Reich, Joannewski et Bastalli.

En voyant à la fois le siège médian de la tumeur, sur la colonne postérieure du vagin et son peu de tendance à s'étendre sous la muqueuse, en constatant son indépendance d'avec le rectum, M. Budin pensa que l'épanchement devait avoir pour siège le septum médian qui sépare les deux vagins au moment du développement des organes génitaux et de leur différenciation entre le troisième et le cinquième mois de la vie intra-utérine. Cette cloison médiane qui résulte de l'adossement des deux canaux de Müller, disparaît par résorption, mais il en reste quelquefois un vestige sur la colonne postérieure du vagin qui reste saillante et épaissie en ce point. M. Budin fut assez heureux de pouvoir trouver la preuve de son assertion, dans un cas observé par Johan-

newski, qu'il rapporte tout au long et dans lequel il restait encore assez de ce septum, pour que le siège de l'hématome fût évident. Voici ce qu'en dit Johannewski : « Le lieu où se « produisit l'hématome est remarquable ; c'était le bord supé-« rieur mince d'un septum rudimentaire du vagin. Le « jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur se rem-« plit spontanément, des caillots sortirent et le reste de la « tumeur se résorba. En dehors du septum du vagin, il « n'existait aucune autre anomalie. »

Cet hématome, du reste, n'apporta aucun trouble au cours normal de cette grossesse qui était au cinquième mois. Dans l'observation de M. Auvard le tubercule antérieur du vagin était très saillant, hypertrophié, dit l'observateur, ce qui était l'indice du rudiment du septum, sur la paroi antérieure.

Nous avons donc, en comptant la nôtre, sept observations connues !

Le cas de M. Loviot peut-il s'y rattacher ? L'épanchement, ayant siégé, non seulement en arrière de l'hymen, mais en avant, il nous semble qu'on pourrait lui reconnaître pour siège une origine vestibulaire plutôt que mullerienne, en adoptant les idées de M. Pozzi.

A l'opinion de M. Budin, je ne ferai qu'une objection ! Comment se fait-il, la résorption de la cloison intermullerienne ayant lieu de bas en haut et progressivement, que les vestiges du septum persistent à l'orifice du vagin alors qu'ils ont disparu dans tout le reste du double conduit ? Dans l'observation de M. Budin, dans celle de M. Auvard, comme dans la nôtre, le pédicule linéaire s'arrêtait à plusieurs centimètres en avant du col utérin !

Quoi qu'il en soit, nous savons que le lacis vasculaire, veineux, très riche, qui embrasse le vagin, est surtout développé à son extrémité inférieure et que sur la ligne médiane, veines et artères d'un côté s'anastomosent avec celles du côté opposé ; il n'est donc pas étonnant que l'épanchement se soit montré de préférence en cet endroit, surtout si l'on

réfléchit un instant que c'est à la fois le point le plus étroit et le plus exposé du vagin.

Dans toutes ces observations, la terminaison a été heureuse ; toutefois dans celle de M. Auvard, il y a eu sphacèle de la paroi antérieure de la tumeur. C'est pour éviter pareille complication, toujours dangereuse chez une femme grosse, à cause de la possibilité de l'infection et de ses conséquences, que nous avons cru devoir opérer notre malade. Pour cela faire, cette femme préparée, désinfectée et anesthésiée, a été mise dans la position obstétricale. Les parties écartées, nous avons mis une pince longuette bien serrée sur le pédicule, puis nous avons retranché la tumeur d'un seul coup et d'arrière en avant, à l'aide d'un bistouri, le milieu du tranchant tourné vers nous et rasant la pince fixée sur le pédicule. Mais avant d'enlever la pince, nous avons passé sous elle quatre points de suture que nous avons noués successivement, en faisant glisser la pince, après l'avoir un instant desserrée. Tout a marché à souhait, seulement au moment de lier le dernier fil, c'est-à-dire le plus près de la commissure postérieure de la vulve, nous avons eu un écoulement de sang persistant qu'il a fallu traiter par une ligature en masse d'une petite surface de la muqueuse sectionnée. Le pansement a consisté en un tampon de gaze iodoformée, puis une couche de ouate phéniquée et un bandage en T. La malade n'a pas eu de fièvre, on l'a sondée pendant deux jours et tout est rentré dans l'ordre.

Ce genre d'opération est si peu compliqué et me semble si peu dangereux, qu'il s'imposera toutes les fois que la tumeur, au lieu de faire mine de se résorber, menacera de se rompre ou de se sphacéler, et bien qu'on doive regarder à deux fois avant d'opérer une femme enceinte, le peu de réaction, le peu de retentissement qu'aura sur l'organisme une telle opération, en face de dangers plus grands, doit nous faire pencher pour l'intervention.

REVUE CLINIQUE

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PERRET

SYMPHYSÉOTOMIE PRATIQUÉE LE 2 MAI 1894 A LA MATERNITÉ DE RENNES

Par M. le Dr **Dayot** fils, professeur suppléant d'accouchement.

OBSERVATION, prise par M. DUFRÈCHE, interne du service.

La nommée Françoise D..., primipare, se présente à la Maternité le 1er avril 1894, enceinte de huit mois environ. Nous constatons chez elle un rétrécissement du bassin et la faisons admettre.

Antécédents. — Après avoir marché à la fin de sa première année, pendant quelques mois, cette femme a cessé de marcher jusqu'à l'âge de 4 ans ; elle ne peut donner aucun renseignement sur la nature de l'affection qui l'a empêchée de marcher pendant ses trois premières années. Taille 1 m. 37. Dernières règles du 9 au 13 juillet 1893.

Le 2 avril, M. le professeur Perret et MM. les Drs Templé et Dayot, suppléants, voient la malade, trouvent un diamètre promonto-sous-pubien de 98 millim. et, d'un commun accord, décident de laisser aller la grossesse à terme, avec prévision d'une symphyséotomie.

Pendant les trente jours que nous avons eu cette femme en observation, elle n'a présenté d'autres particularités qu'une diarrhée un peu rebelle et de fréquentes mutations de présentation : à l'arrivée, la tête était en bas, très mobile au-dessus du détroit supérieur, sans tendance à l'engagement, dos à gauche.

Le 12 avril, la tête fut trouvée sous les fausses côtes droites et facilement ramenée à l'entrée du bassin, où elle se maintint dès lors définitivement, mais avec de fréquents changements de position et une tendance marquée à fuir dans la fosse iliaque opposée au dos.

Le travail se déclare dans la nuit du 1er au 2 mai. Pour se

soustraire à des examens répétés, la malade dissimula ses douleurs aussi longtemps que possible et ce ne fut que vers 6 heures et demie, que, perdant les eaux, elle se décida à demander du secours.

Nous trouvâmes alors, à l'examen, la tête à nu appuyée sur le pourtour du détroit supérieur, et se présentant par le sommet en O.I.D.T. La suture sagittale était à 40 millim. du sous-pubis, et on pouvait mettre trois doigts de champ entre le pôle fœtal et le plan coccy-sacré.

Tout fut préparé pour la symphyséotomie. M. le professeur Perret, prévenu immédiatement, trouve, à son arrivée, le col complètement dilaté; la tête fixée sur le pourtour du détroit supérieur; la vagittale toujours à 40 millim. du sous-pubis. Une bosse sanguine déjà considérable donnait l'illusion de la descente de la tête; ou aurait mis à peine deux doigts entre la présentation et le plan coccy-sacré. Les battements du cœur restaient normaux, mais le liquide amniotique était légèrement teinté de méconium.

M. Perret, avec l'avis de M. Dayot, décide de pratiquer immédiatement la symphyséotomie, devenue urgente et pour laquelle le moment de choix nous avait échappé, par suite des dissimulations de la malade.

L'opération fut confiée à M. le Dr Dayot.

Après anesthésie et asepsie de la malade, M. le Dr Dayot fait sur la ligne médiane, une incision commençant à 5 centim. au-dessus du bord supérieur du pubis et terminée au niveau du bord inférieur ; cette incision, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, est légèrement déviée à droite, à son extrémité inférieure.

Reprenant son incision à la partie supérieure, M. Dayot ouvre l'interstice des muscles droits et les désinsère légèrement de chaque côté, puis tente d'introduire son doigt entre la face postérieure de la symphyse et la vessie. L'introduction du doigt fut rendue impossible par la fixation de la tête sur le pourtour du pelvis; une sonde cannelée un peu large y suppléa et fut glissée de haut en bas derrière la symphyse, de manière à engager le bourrelet dans la cannelure de l'instrument.

L'article fut alors attaqué d'avant en arrière et trouvé un peu serré. L'hémorrhagie fut insignifiante.

La section achevée, l'écartement spontané fut aussitôt de

25 millim., la tête s'engagea un peu ; l'abduction des cuisses amena aisément un écartement de 45 millim. ; la tête franchit le détroit supérieur et arriva sur le périnée. L'expulsion du fœtus fut abandonnée aux seules contractions utérines qui amenèrent son dégagement à la vulve dix minutes après l'ouverture de l'articulation.

L'enfant vint en état de mort apparente ; les battements du cordon étaient faibles et ralentis.

Après avoir pratiqué la désobstruction des voies respiratoires, on plongea l'enfant dans un bain chaud sinapisé, et on exerça des tractions rythmées de la langue.

L'enfant fit sa première inspiration cinq minutes après son expulsion et poussa son premier cri au bout d'un quart d'heure.

Mesure, longueur totale, 0 m. 45 centim.

Diamètre bi-pariétal, 0 m. 085 mill.

— bi-temporal, 0 m. 070 mill.

Cette enfant, du sexe féminin, présentait à sa naissance, avec une bosse sanguine considérable, un chevauchement marqué des pariétaux et un enfoncement du temporal droit avec exorbitis très accusé du même côté. Ces traces de compression montraient que l'enfant avait déjà beaucoup souffert et n'aurait pas résisté sans doute à un travail plus prolongé, ni à une application de forceps. Ces phénomènes démontraient en outre que la tête, malgré l'exiguïté de ses proportions, était encore trop grosse pour s'engager dans le détroit supérieur dont le diamètre antéro-postérieur avait été considéré comme égal à 83 millim. après la défalcation de 15 millim., sur les dimensions du promonto-sous-pubien mesuré à l'aide du doigt.

Notre pelvimétrie n'avait donc vraisemblablement pas été exacte et l'étroitesse du bassin devait être plus grande que nous ne l'avions diagnostiquée.

L'insuffisance de cette méthode se trouve encore mise en relief une fois de plus.

Dans ces conditions, l'intervention a donc paru absolument légitimée et a donné toute satisfaction.

L'extraction simple des annexes fut pratiquée 25 minutes après l'expulsion du fœtus et fut suivie d'une irrigation vaginale antiseptique.

La symphyse fut suturée à trois plans :

Un plan de tissus fibreux et périostiques, soie plate n° 5.

Un plan de tissus musculo-aponévrotiques, à la soie également.

Un plan cutané au crin de Florence.

Pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate hydrophile, bandage en flanelle et ceinture de tarlatane plâtrée. Cet appareil et le premier pansement furent retirés au huitième jour et les crins de Florence enlevés ; la plaie était réunie sur toute sa longueur. On réappliqua alors une nouvelle ceinture plâtrée dont on débarrassa définitivement la malade au quinzième jour.

Pendant les suites de couches, la température a été normale. Maximum 38°, et la malade n'a accusé aucun trouble de la miction ; elle ne s'est plainte que de quelques douleurs vagues dans les jambes et d'un peu de parésie du membre inférieur droit : parésie complètement disparue d'ailleurs au quatrième jour.

Nous avons assisté, depuis ce moment, à une consolidation articulaire un peu lente, ce qui doit, suivant nous, être attribué aux déplacements que la malade a dû subir pour ses pansements, faute d'un lit Herbette et d'une installation suffisante. Cependant la malade se lève, marche ; elle porte toujours une ceinture élastique un peu large et la consolidation ne semble plus rien laisser à désirer.

L'enfant est en bonne santé.

REVUE GÉNÉRALE

SIMPLIFICATIONS AU TRAITEMENT INTRA-PÉRITONÉAL DU PÉDICULE DANS L'HYSTÉRO-MYOMECTOMIE

(Procédés de Léopold et de Zweifel)

Par le Dr **R. Labusquière.**

Ces simplifications touchent essentiellement à la préparation, à la confection du moignon dans la méthode intra-péritonéale. Sous l'influence de la vive crainte, excessive d'après Zweifel, d'une contamination possible de la cavité abdominale par des éléments infectieux ou toxiques (germes et toxines) qu'on supposait devoir, très souvent, exister dans le canal cervical, on s'est beaucoup préoccupé d'isoler ce canal, de le désinfecter, à fond, par les moyens les plus énergiques (curettage pré-opératoire, cautérisation, excision) quand on devait ou qu'on avait dû l'ouvrir au cours par exemple de myomectomies, et d'assurer le drainage aussi complet que possible de toutes les substances susceptibles de posséder ou d'acquérir des propriétés nocives (éléments septiques, tissus mortifiés, produits d'exsudation). Et cette préparation du pédicule, son traitement, l'importance pathogénique qu'on lui accordait avait causé tant de soucis, exercé tellement l'ingéniosité des chirurgiens que nombre d'entre eux en sont arrivés, tout simplement, à le supprimer par la substitution à l'hystérectomie partielle abdominale de l'hystérectomie totale, celle-ci exécutée en un ou deux temps (*h. abdominale totale, abdomino-vaginale* ou *vagino-abdominale*). Or, voici que, tout récemment, Zweifel, s'autorisant d'ailleurs de recherches bactériologiques très intéressantes faites dans son laboratoire, réduit à une préparation très simple la toilette, si minutieuse

jadis, du moignon et ajoute aux arguments bactériologiques un argument clinique de valeur puisqu'il consiste en une *série de vingt hystérectomies, pratiquées suivant cette technique beaucoup plus simple, et sans un seul décès !*

Mais avant de décrire la technique adoptée par Zweifel et d'analyser son récent mémoire, nous résumerons un travail antérieur de Léopold qui s'occupe également, au point de vue de sa simplification, du traitement intra-péritonéal du pédicule (1). Voici comment Léopold résume sa méthode opératoire (2).

1° Incision abdominale. Attraction aussi en avant que possible de la tumeur. Fermeture de la partie supérieure de la plaie abdominale jusqu'à la tumeur.

2° Ligature des quatre ligaments. Dans les cas de col mince, ligature médiate du paquet vasculaire sur les côtés de l'utérus, y compris les artères utérines, ligature avec de la soie. Le lien élastique devient inutile en semblables conditions.

3° Si l'on ne peut, en raison par exemple du siège défavorable des myômes, arriver jusqu'aux artères utérines, placer un lien élastique, aussi bas que possible, d'abord autour de l'utérus et de la tumeur, inciser la capsule de la tumeur et énucléer. Cela fait, inciser circulairement la séreuse, la disséquer jusqu'au lien élastique ou jusqu'à l'insertion de la vessie, exciser la tumeur et réduire le plus possible le volume du pédicule. Charger ensuite de chaque côté le paquet vasculaire à la hauteur à peu près de l'orifice interne et le lier transversalement.

4° Cautériser et exciser l'entonnoir cervical ; traverser le moignon musculaire d'avant en arrière ; A COTÉ du canal cervical, avec une grosse aiguille, pourvue d'un fil double, lier transversalement les deux moitiés du moignon, et couper

---

(1) Zur Myomotomie mit intra-peritoneal Stielbehandlung. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd. XLIII, Hft. 1, p. 181.

(2) Zur Myomectomie mit intra-peritoneal Stielbehandlung. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 26, p. 617.

ras les fils. Quand on opère, sans avoir appliqué un lien tique, on a soin de ne couper les fils qui lient les artère rines qu'après avoir suturé le péritoine sur le moignon, qu'on peut, à l'aide de ces fils, maintenir aisément le pédi

5° On suture alors très exactement les deux lam séreuses (lambeaux péritonéaux disséqués après l'in circulaire de la séreuse) au-dessus du moignon avec d de soie fine et l'on enlève le lien élastique.

6° On a soin de fermer avec de fins fils de soie ou de gut et de bas en haut toutes les fentes sous-périton qu'on remarque autour de l'utérus, et d'en réunir très gneusement les bords péritonéaux. Enfin, quand aucun ne donne du sang, on coupe ras les fils, on les abandon on ferme le ventre.

Les figures suivantes, empruntées au travail de Léo mettent en relief tous les temps importants de la tech opératoire.

Léopold, dans 20 cas où il a suivi cette technique o toire, a enregistré 20 succès (1).

(1) A la fin de son plus récent article (*Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 26, Léopold donne un tableau statistique de sa pratique personnelle des tions pour myômes, tableau qui consigne les résultats qu'il a obtenus différentes méthodes.

Opérations pour myômes depuis 1889-1890..................		Mortalité.
Énucléation par le vagin.....	46	 0
Castrations.................	40	.... 2 = 5 0/0 (1 par septicémi affection du
Myomectomie. Pédicule intra-péritonéal..................	21	 0
(1 d'après une autre méthode.)		
Myomectomie. Pédicule extra-péritonéal..................	29	.... 2 = 6,8 0/0.
Extirpation vaginale totale...	24	.... 0 (1 opération *in mis*).
	160	.... 4 = 2,5 0/0.

A ne considérer que les laparotomies, il y a 90 opérations pour m avec 4 morts = 4,4 p. 0/0. Causes de la mort : Septicémie 1, condition miques extrêmement défavorables 1, déchéance physique profonde 2

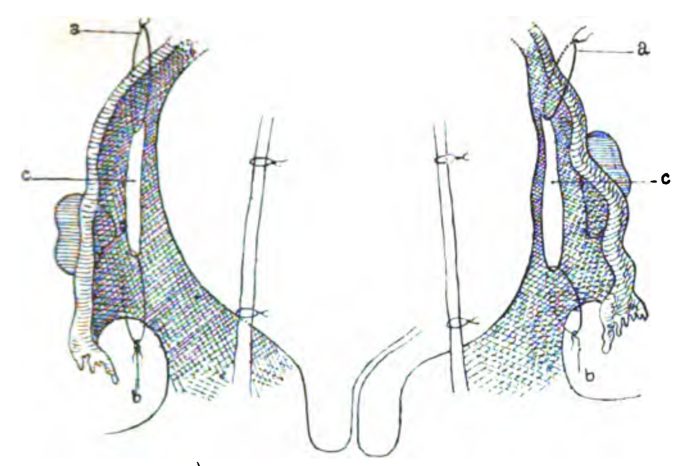


Fig. 1. — *Ligature des quatre ligaments.* Une aiguille mousse armée d'un fil double est, par exemple, passée à travers le ligament large droit, et l'aiguille retirée. On divise ensuite le fil double Une moitié est alors ramenée en haut et l'autre en bas, tout en leur imprimant de légers mouvements de scie qui produisent la fente *c*. Les deux fils sont ensuite liés l'un à l'extrémité utérine de la trompe, l'autre près de son extrémité tubaire.

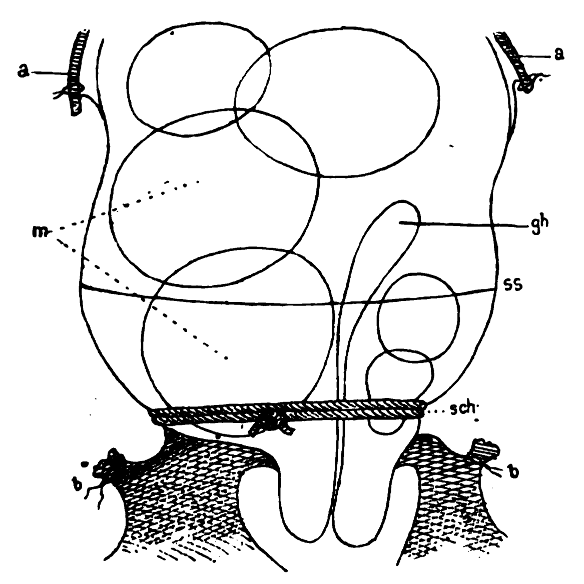


Fig. 2. — *aa.*, moignon des ligatures des trompes ; *bb.*, ligatures au-dessous de l'extrémité externe des trompes ; *sch.*, lien élastique ; *mm.*, myôme en partie saisi par le lien élastique ; *ss.*, ligne d'incision de la séreuse ; *gh.*, cavité utérine.

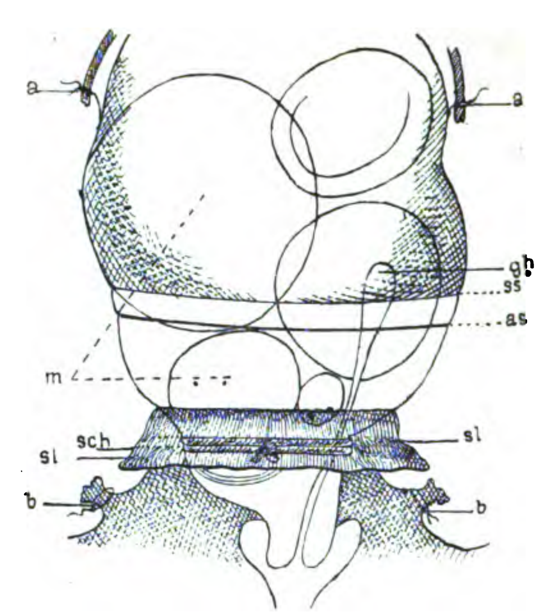


Fig. 3. — *aa.*, ligature des trompes ; *bb.*, ligature des extrémités externes des ligaments larges ; *ss.*, ligne d'incision de la séreuse ; *sl.*, lambeaux séreux disséqués ; *sch.*, lien élastique ; *as.*, ligne de section de la tumeur; *gh.*, cavité utérine ; *m.*, myôme saisi en partie par le lien élastique.

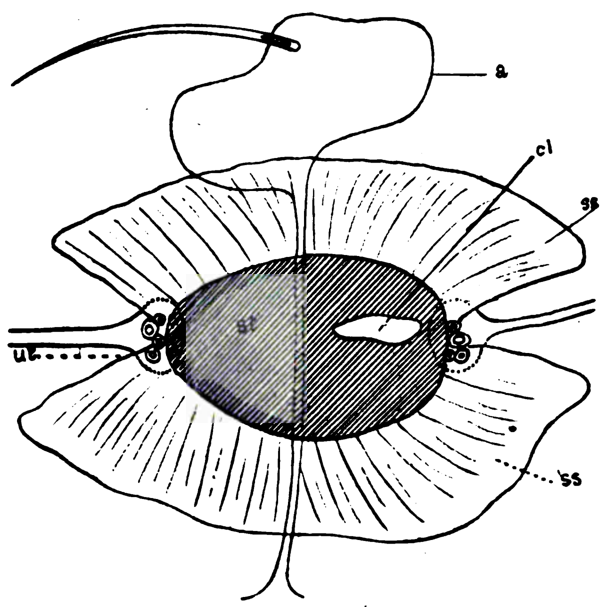


Fig. 4. — *cl.*, entonnoir du col ; *st.*, moignon utérin traversé par un fil double qui est divisé en *a* ; *ss.*, lamelles séreuses disséquées en avant et en arrière ; *at.*, artères utérines saisies dans une ligature médiane. Celle-ci est située plus bas que les ligatures transversales du moignon, et intéresse de chaque côté les deux lamelles séreuses ainsi qu'un peu du muscle utérin.

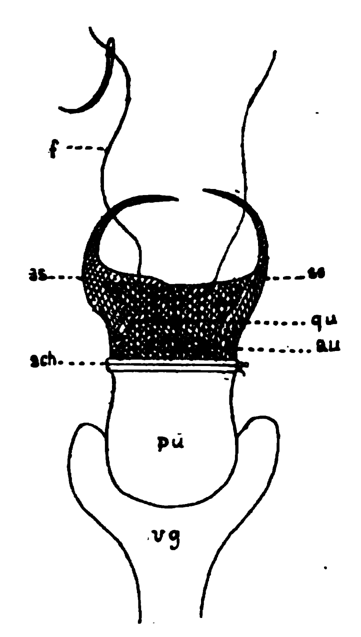


Fig. 5. — *vg.*, vagin; *pv.*, portion vaginale; *sch.*, lien élastique; *au.*, artères utérines. Les nœuds sont en dehors de la lamelle séreuse; *qu.*, une ligature transversale du moignon, nœud et ligature; *ss.*, sont en dedans des lamelles séreuses; *f.*, un des fils destinés à réunir les lamelles séreuses.

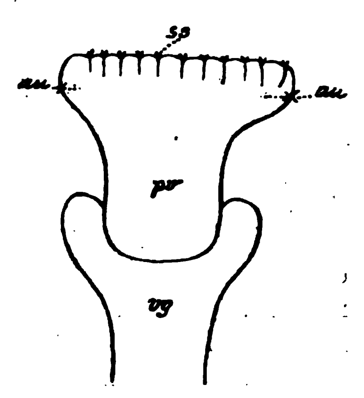


Fig. 6. — *vg.*, vagin; *pv.*, portion vaginale; *au.*, artères utérines; *ss.*, lamelles sérenses ramenées sur le moignon et réunies d'avant en arrière.

Procédé de Zweifel (1).

Les temps principaux du mode de traitement intra-péritonéal du pédicule que j'ai recommandé plusieurs fois, écrit Zweifel, étaient : 1) Après ligature des ligaments larges, application d'un lien en caoutchouc pour la ligature provisoire du moignon; 2) dissection de lambeaux aux dépens du revêtement péritonéal, extirpation de la tumeur, cautérisa-

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1894, nº 14, p. 321.

tion du canal cervical et excision du tissu cautérisé ; 3) *ligature complète* du moignon avec une substance résorbable (catgut) ; 4) suture au-dessus du moignon des deux lambeaux séreux taillés aux dépens du péritoine mobilisable en avant et en arrière de l'utérus.

Or, les simplifications apportées à cette technique et justifiées non seulement, comme il est signalé plus haut, par des résultats bactériologiques, mais aussi par une série assez nombreuse et extrêmement satisfaisante de résultats cliniques (vingt hystérectomies sans un décès), sont les suivantes : les ligaments larges liés, plus d'application d'un lien élastique, plus de cautérisation du canal cervical, et par suite plus d'excision de tissu cautérisé.

Une fois qu'on a lié les ligaments larges, dans lesquels cheminent seulement les artères utéro-ovariennes et le réseau veineux du plexus pampiniforme, on les saisit au niveau de leur extrémité utérine dans des pinces-clamps, puis on les sectionne entre les pinces et les ligatures. On

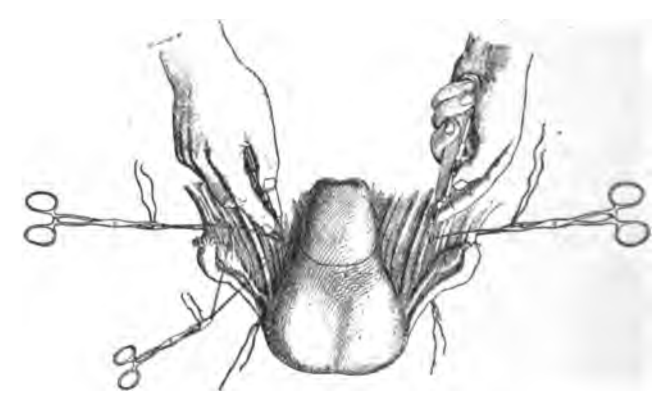


FIG. 1. — Ligature par parties des ligaments larges. Pour ces ligatures partielles, emploi de l'aiguille mousse.

incise ensuite sur la surface antérieure de la tumeur ou de l'utérus, le péritoine transversalement, après avoir déterminé soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux, la limite de la por-

tion mobilisable du péritoine de celle qui ne l'est pas, et l'on dissèque un lambeau antérieur assez important, car il est destiné à recouvrir, *seul*, le moignon, et à concourir à sa nutrition.

La dissection du lambeau est en général aisée. Pourtant, au point de concours en quelque sorte des deux cornes utérines, c'est-à-dire exactement au milieu de la paroi anté-

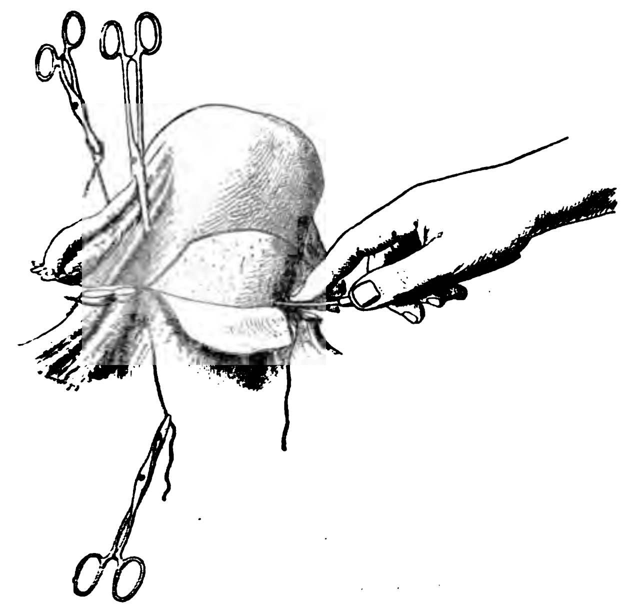


Fig. 2. — Les ligaments larges sont liés et du côté de l'utérus saisis dans des pinces. Le lambeau péritonéal est disséqué sur la face antérieure de l'utérus. La ligature partielle du col avec l'aiguille piquante est commencée.

rieure de la matrice, le péritoine adhère solidement à une petite saillie qu'on doit détacher par deux coups de ciseaux. Alors, on charge l'extrémité antérieure, laissée libre, du fil passé le dernier à travers le ligament large, sur l'aiguille *piquante*, et en même temps un fil de catgut qui servira pour la ligature par parties du pédicule. La même manœuvre est répétée de gauche à droite jusqu'au côté droit de la matrice.

Quand le col est mince, trois ligatures partielles suffisent; quand il est gros, épais, il en faut jusqu'à cinq. Lorsqu'un des trajets donne du sang, un assistant applique le doigt dessus sans que le chirurgien cesse un instant de poursuivre ses ligatures partielles. Tous les fils sont disposés en points de

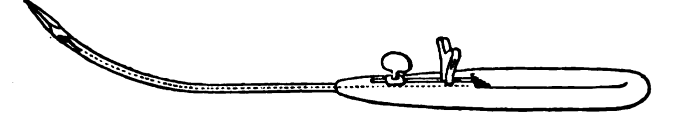


Fig. 3. — L'aiguille piquante.

chaînette, puis noués rapidement. Après quoi, l'hémorrhagie s'arrête tout à fait. Le dernier temps de l'opération consiste dans la suture du lambeau péritonéal, *unique* et antérieur, ramené par-dessus tout le moignon déjà lié, et fixé au-dessous des trajets des sutures partielles, c'est-à-dire au péritoine,

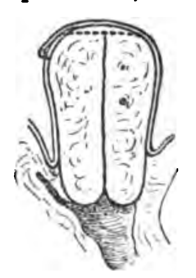


Fig. 4. — Figure schématique montrant le moignon recouvert par le lambeau péritonéal, antérieur et unique.

doué de toute sa vitalité, de la paroi postérieure de l'utérus.

Cette suture de recouvrement est exécutée avec une aiguille pour sutures intestinales et avec du catgut aussi fin que possible (1).

Au résumé: « *Ce qu'il y a de capital dans les modifications apportées à ma technique antérieure*, dit Zweifel, *c'est*

(1) Dans cette nouvelle description, Zweifel ne s'arrête guère qu'aux points principaux. Car il a décrit, antérieurement, d'une manière très complète, cer-

de m'être libéré de L'IMPORTANCE QU'ON ATTACHAIT, A TORT, AU CANAL CERVICAL, *et de ne plus le soumettre à un traitement spécial. En agissant ainsi, j'ai réglé ma conduite sur les résultats des recherches bactériologiques, et les succès cliniques témoignent que j'ai eu raison de tirer de ces résultats pareilles conclusions. Dans les cas de tumeurs, qui seront devenues le siège de processus de putréfaction, et seulement dans ceux-là, je soumettrai le col au traitement qui allait avec la méthode de jadis.* »

*
* *

Ces deux méthodes, malgré les deux séries vierges de décès qu'elles ont données, ont été l'objet d'une sérieuse critique par Brennecke. Celui-ci, partisan de la méthode de Schröder, qui pourtant paraît lui avoir donné des résultats moins favorables, mais dont l'infériorité ne serait, d'après lui, qu'apparente et attribuable seulement à des fautes dans l'exécution, fait, dans l'ensemble, aux procédés de Léopold et Zweifel deux reproches : 1) Les conditions plastiques du moignon sont mauvaises, sa nutrition n'est pas suffisamment assurée pour deux raisons principales (a) ligatures qui étranglent les tissus, b) ligature isolée des artères utérines) ; 2) on n'est pas assuré que l'asepsie du moignon ainsi lié, en la supposant parfaite durant l'opération, restera rigoureusement intacte après. Cette critique de Brennecke a été le point de départ d'une polémique assez vive et a donné lieu à une série

---

taines particularités de sa méthode (*Cent. f. Gyn.*, 1884, p. 405 ; *Arch. f. Gyn.*, 1891, p. 62 et seq.). Ainsi, le dernier fil employé à la ligature des ligaments larges est repris et piqué à travers le col, péritoine compris, pour servir à la ligature du paquet vasculaire juxta-utérin. Au contraire, tous les autres fils qui concourent aux ligatures partielles du col, n'intéressent pas la séreuse qui est ainsi soigneusement ménagée, parce qu'elle est destinée à assurer la nutrition du moignon. Ajoutons que Zweifel utilise successivement deux aiguilles à coulisses, une aiguille *mousse* pour la ligature partielle ou plutôt par *parties*, des ligaments larges et une aiguille *piquante* également à coulisse (aiguille de Brun) pour la ligature par parties du moignon. R. L.

d'articles dont nous donnons simplement les indications bibliographiques. Mais, en terminant, nous enregistrerons les résultats intéressants obtenus, à la clinique de Berne, par Walthard à la suite de plusieurs séries d'expériences, faites sur des lapins, avec l'intention de chercher la réponse à la deuxième objection de Brennecke : *l'asepsie du moignon ainsi ligaturé, en la supposant parfaite pendant l'opération, reste-t-elle absolument assurée après l'opération ?* Walthard a fait des expériences bactériologiques nombreuses, recherchant les résultats fournis par l'infection artificielle suivant différentes voies (sang, vagin, intestin), sur des lapins chez lesquels il avait, parallèlement, appliqué les procédés de myômo-hystérectomie de Léopold-Zweifel et de Schröder. Or, ces expériences l'ont conduit à ces conclusions : « *L'asepsie du moignon traité suivant la méthode de Léopold-Zweifel, à condition qu'elle soit rigoureusement réalisée pendant l'opération, doit être tenue pour assurée après l'opération.*

Ces faits, ajoute l'auteur, *écartent les craintes qu'inspirait l'application au pédicule utérin du traitement type du pédicule ovarique, mode de traitement qui, avec ses diverses modifications (Zweifel, Kocher, Léopold), s'est depuis longtemps montré supérieur à la méthode de Schröder.* »

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Léopold. Zur Myomectomie mit intraperitonealer Stielbehandlung. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd. XLIII, Hft. I, p. 181. — Zweifel. Ueber die intraperitoneale Stielbehandlung. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XLI, Hft. I, n° 2, p. 62. — Zweifel. Eine neue Vereinfachung der Stumpfbehandlung bei der Myomectomie. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 14, p. 321. — Léopold. Zur Myomectomie mit intraperitonealer Stielbehandlung. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 26, p. 617. — Brennecke. Zur Frage der Stumpfbehandlung bei der Myomohysterectomie. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 30, p. 713. — Zweifel. Erwiederung auf Herrn Brennecke's Aufsatz über die Stumpfbehandlung bei der Myomohysterectomie. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 35, p. 833. — Brennecke. Noch einmal zur Frage der Stumpfbehandlung bei der Myomohysterectomie. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 42, p. 1041. — Walthard. Experimenteller Beitrag zur Frage der Stumpfbehandlung bei Myomohysterectomie. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 1, p. 7.

DE LA RÉDUCTION MANUELLE DES PRÉSENTATIONS DE LA FACE ET DU FRONT, EN PARTICULIER DE LA MÉTHODE DE THORN.

Par le Dr **R. Labusquière.**

L'opinion de Mme La Chapelle que la présentation de la face est aussi heureuse que la présentation du sommet en occiput, n'a pas été acceptée par tout le monde, loin de là! Pour notre compte, nous nous souvenons d'un cas de ce genre, qui nous donna passablement du mal, une M.I.G.P., où il fallut, pour cause d'inertie après un travail très actif, pratiquer, très laborieusement, la rotation; où l'enfant, dont les doubles battements étaient nets, sinon, tout à fait réguliers avant l'intervention, vint mort et ne put être ranimé. De plus, la mère, Ipare, dont les suites de couches furent parfaitement apyrétiques, n'en souffrit pas moins assez longtemps d'une sciatique, au développement de laquelle l'intervention, particulièrement pénible, ne fut sûrement pas étrangère. Quoi qu'il en soit de ce cas isolé, il est certain que nombre d'accoucheurs se sont occupés de combattre, ou plutôt de prévenir les complications de ces présentations. On en peut dire autant des présentations du front, tenues par certains auteurs pour cause fréquente de dystocie grave.

Ce qu'on a cherché, c'est de réduire, *à temps*, la présentation anormale (Mauriceau, Schatz, Siegenspeck, Thorn, Mattei, Loviot, Pinard, etc.). Mais il faut reconnaître que ces tentatives ont été assez peu suivies dans la pratique. D'une part, les succès enregistrés étaient restés très peu nombreux, et d'autre part, certains de ces procédés de réduction, particulièrement celui de Schatz, sont d'une exécution vraiment difficile. Voici le manuel opératoire décrit par M. le professeur Pinard : « Le diagnostic de la position étant établi, après avoir constaté que la région fœtale n'est

pas assez engagée pour que la bascule ne puisse se faire, il faut introduire deux doigts ou la main dans le vagin et les appliquer sur la fontanelle antérieure généralement accessible, car elle se trouve au centre du bassin et en est très rapprochée. Cela étant, l'autre main restée libre va, à l'extérieur, à la recherche de l'occiput. Lorsque la main est bien appliquée sur cette région, des pressions simultanées seront exercées de la façon suivante : tandis que les doigts presseront de bas en haut sur les portions du frontal, les doigts appliqués sur l'occiput, à travers la paroi abdominale, presseront de haut en bas.

« Pour réussir plus facilement, il est nécessaire que les pressions soient dirigées non seulement de haut en bas et de bas en haut, mais encore latéralement et en sens inverse. Dans la mento-iliaque droite postérieure, les doigts devront diriger le front de gauche à droite et d'avant en arrière, tandis que la main appliquée sur l'occiput exerce des pressions de droite à gauche et d'arrière en avant. Il est donc absolument nécessaire d'introduire les doigts de la main gauche dans les mento-droites postérieures et les doigts de la main droite dans les mento-gauches postérieures. Doit-on intervenir au moment de la contraction ou dans les intervalles des contractions ? J'ai réussi tantôt en agissant au moment de la contraction, tantôt dans l'intervalle. Toutes mes opérées ont conservé la situation obstétricale, c'est-à-dire le décubitus dorsal » (1).

Thorn a repris dans ces derniers temps la question des présentations de la face et du front, au point de vue particulier de leur traitement et en réponse à un article sur le même sujet de V. Weiss (2), qui aurait mal interprété sa méthode, il reproduit la description qu'il avait donnée de son procédé

(1) *Traité du palper*, 2e édit., p. 382.

(2) Zur Behandlung der Gesichts-und Stirnlagen. *Samml. klin. Vortr.*, 1893, n° 74, p. 683.

dans un travail antérieur, datant de plusieurs années (1). « *La main externe et la main interne agissant sur le tronc et sur la tête fœtale transforment la lordose de la présentation de la face en la cyphose de la présentation de l'occiput* ». Pour cela, la main qui correspond au dos du fœtus

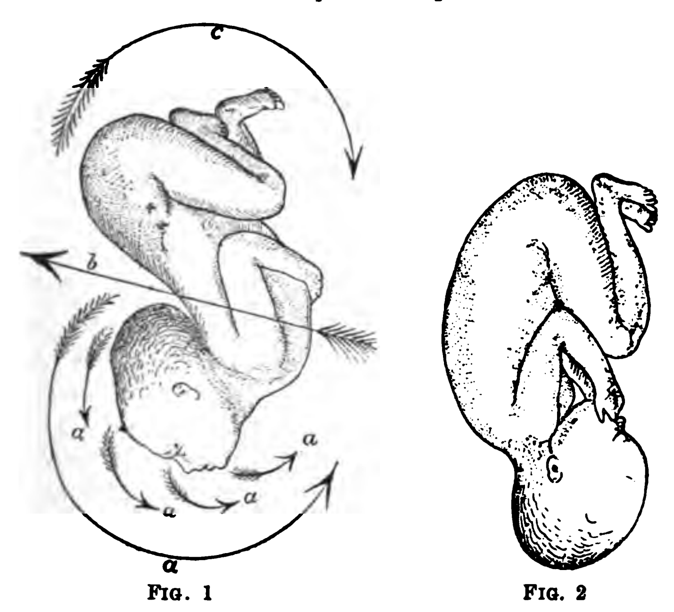


Fig. 1 Fig. 2

La figure 1 indique, par le sens des flèches, celui dans lequel agissent les mains de l'accoucheur pour obtenir l'attitude normale représentée par la figure 2.

est introduite à demi ou en totalité dans le vagin, puis, prenant appui sur les parties saillantes de la présentation, repousse, après avoir un peu délogé la tête du détroit supérieur, successivement face, front et occiput, tandis que la main externe foule d'abord l'occiput vers l'excavation, puis repousse la poitrine du fœtus de façon à redresser la colonne vertébrale, enfin ramène le siège en bas et vers l'abdomen

(1) Zur manuelle Umwandlung der Gesichtsage in Hinterhauptslage. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XIII, 1886.

du fœtus, et, ainsi, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à produire la présentation normale du sommet et l'attitude normale du tronc.

Au cours de son nouveau travail (1), que nous allons maintenant analyser, Thorn insiste tout particulièrement sur *l'importance qu'il y a à n'intervenir que quand les indications à l'intervention sont bien précises*. Contrairement à ce qui a été fait maintes fois, il ne faut pas trop facilement se laisser aller à tenter ces transformations de présentation à titre de simple expérience. Voici, du reste, comment il résume sa manière de voir sur la thérapie des présentations A) de la face B) et du front,

A). — *Présentations de la face.* — L'indication ordinaire à la *transformation par les manœuvres combinées* (2) (combinirte Umwandlung, c'est la dénomination que donne l'auteur à son procédé), c'est la faiblesse des contractions utérines dans les bassins normaux et particulièrement modérément rétrécis. Cette faiblesse des contractions dans les présentations de la face est rarement primitive. Ainsi, Wuelstein a constaté des contractions utérines bonnes, très énergiques même dans 84 p. 100 des cas ; par contre, l'inertie utérine secondaire n'est pas rare. Une complication fort commune des présentations de la face consiste dans la rupture prématurée de la poche des eaux. Cet accident, et surtout le fait qu'une bonne partie de l'effort utérin agissant dans le sens de la poche des eaux se perd sans agir sur la tête fœtale et ne concourt plus à sa progression, sont cause

(1) Zur manuellen Umwandlung der Gesichts-und Stirnlagen in Hinterhauptslagen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXI, Hft. I, p. 1.

(2) Thorn adopte cette dénomination de *méthode combinée* parce que V. Weiss ne l'avait considérée que comme une combinaison d'une méthode de Baudelocque et de Schatz et la désignait en conséquence *Baudelocque I + Schatz*. Thorn n'admet pas que sa méthode ne soit qu'une combinaison de ces deux procédés ; il admet que l'appréciation de V. Weiss découle d'une interprétation erronée de cette méthode. Mais ne tenant pas à y attacher son nom, il adopte celui de *méthode combinée*.

de retards dans la première et principalement dans la seconde période du travail. Assez souvent même, les contractions utérines prennent un caractère tétanique ou se suppriment. Par contre, tous les accoucheurs qui ont tenté, avec succès, la transformation de la face en occiput ont pu observer un changement, souvent éminemment favorable, dans le caractère des contractions, changement qui se traduisait par une terminaison remarquablement rapide de l'accouchement. Mais, lors même que la rupture de la poche des eaux n'a pas lieu prématurément, la marche du travail peut être troublée au cours de la dilatation. La poche des eaux pend flasque, molle, la face reste longtemps au détroit supérieur. Souvent aussi, bon nombre d'heures après le début du travail, après même l'écoulement des eaux, on trouve encore des conditions favorables pour la version interne et, naturellement, aussi pour la transformation manuelle de la présentation. Dans les cliniques, on peut, en toute sécurité, s'en tenir encore à l'expectation. Mais, dans la pratique, l'expectation entraîne de grandes difficultés et même compromet nombre de vies fœtales. L'état de déflexion entraîne nécessairement des troubles circulatoires dans les vaisseaux du cou et dans le cerveau. D'autre part, l'évacuation partielle de l'utérus, par l'écoulement prématuré des eaux, a un contre-coup sur la circulation placentaire. Et ces deux facteurs favorisent l'asphyxie à laquelle, trop souvent, succombent, secondairement, des fœtus nés vivants. Dans ces conditions, assez fréquentes avec les bassins normaux, la transformation de la présentation est indiquée. Si elle ne réussit pas, il est bon d'attendre et d'observer si les tentatives faites n'auront pas tout au moins, résultat assez commun, provoqué une bonne activité utérine. Si cette activité continue de faire défaut, la version interne s'impose. Il est indifférent qu'il s'agisse d'une mento-postérieure ou d'une mento-antérieure. En certains cas, la transformation peut ne pas réussir tout de suite. On réussit bien à faire basculer la tête, à redresser le tronc, mais sans parvenir à substituer

une cyphose à la lordose, ou si cette substitution réussit elle n'est que passagère, la lordose se reproduisant dès que la main de l'opérateur n'agit plus. Pour ces cas, Thorn a donné le conseil de presser sur la poitrine du fœtus jusqu'à ce que le tronc garde l'incurvation cyphotique ou que la tête se soit engagée avec sa circonférence maxima dans le petit bassin. D'autre part, le plus souvent, la disposition à la persistance ou tout au moins à la reproduction de la lordose réside, non dans l'utérus lui-même, mais dans le fœtus, du fait par exemple d'une attitude anormale, datant d'assez longtemps (par exemple : présentation primitive de la face). Dans ces cas, en effet, l'incurvation en lordose est devenue si naturelle que même après la naissance, on a beaucoup de peine à la réduire et, qu'au contraire, on réussit facilement à amener l'occiput au contact du siège. Or, maintes fois, même dans ces cas particulièrement difficiles, on réussira si l'on presse sur la poitrine du fœtus, en sens inverse de la lordose, jusqu'à ce que la tête fœtale, ramenée en occiput, soit engagée par les contractions utérines suivantes dans le petit bassin.

Les *bassins rétrécis à un faible degré*, ne constituent pas une contre-indication à la transformation. Et, dans ces bassins, les accidents, les irrégularités de la première et de la deuxième période du travail sont d'autant plus marqués qu'en général les enfants se présentant par la face sont d'un volume au-dessus de la moyenne. Contrairement à l'opinion de M. Weiss, la présentation de la face, dans les bassins exclusivement plats ou dans certains bassins asymétriques, n'est pas une présentation plus favorable que l'occiput. Assurément, l'engagement du diamètre bi-temporal favorise jusqu'à un certain degré la pénétration de la face. Mais si, primitivement ou secondairement, les contractions utérines sont faibles, s'il survient de l'inertie utérine, la progression plus complète de la tête devient extrêmement difficile. Aussi, d'une manière générale, les bassins rétrécis, même modérément, et aussi les bassins asymétriques, constituent-ils une dernière complication des présentations de la face. Et quand le

rétrécissement est du premier degré, que la tête fœtale n'est pas anormalement grosse, qu'aucun danger imminent ne menace la mère ou l'enfant, que les forces de la parturiente ne sont pas encore notablement épuisées, et qu'il n'existe de complications particulières ni du côté de l'utérus ni de l'œuf, on est en droit d'espérer que la transformation en occiput sera suivie d'un accouchement aussi heureux que dans le cas d'une présentation occipitale, primitive, et cela grâce à l'amélioration de l'activité utérine si habituelle après cette transformation. Sur un total de 23 succès de transformations par la *méthode combinée*, 6 se rapportent à des bassins modérément rétrécis.

CONCLUSIONS. — *Quand, l'enfant se présentant par la face, le travail se ralentit vers la fin de la première période ou au cours de la seconde, et que ce ralentissement est de nature à inspirer des craintes pour l'enfant, il faut tenter la transformation manuelle de la présentation de la face en occiput et, le cas échéant, après narcose chloroformique, par la méthode combinée. La position du menton est indifférente. Les conditions nécessaires pour cette intervention sont une mobilité suffisante du fœtus et une dilatation qui permette l'introduction de la moitié de la main.*

La transformation manuelle par la méthode combinée est contre-indiquée dans les présentations primitives de la face, la procidence du cordon et des extrémités, le placenta prævia, l'insertion basse de l'arrière-faix et dans les vices de conformation qui, d'après les notions acquises, créeraient de grosses difficultés à l'accouchement même en cas de présentation primitive de l'occiput.

Les tentatives de transformation par la méthode combinée ayant échoué, si le bassin est normal, si aucun danger n'est imminent, on doit attendre et voir, si ces tentatives n'auront pas au moins influencé heureusement l'activité utérine et si l'on peut espérer la terminaison spontanée de l'accouchement. Dans l'éventualité contraire, pratiquer la version interne.

B). — Présentations du front. — *Les dimensions du bassin étant normales, et la tête restant en présentation du front au-dessus du détroit supérieur, si nul danger ne menace la mère ou l'enfant, si, de plus, on a des raisons de compter sur une bonne activité utérine, il faut tenter la transformation manuelle par la méthode combinée. La transformation échoue-t-elle, procéder à la version interne quand les manœuvres n'ont pas provoqué une activité utérine efficace. Au cas de vices de conformation, seulement d'un degré modéré, on tente les transformations dès qu'existent les conditions nécessaires à son exécution; si l'on échoue, procéder immédiatement à la version (mêmes conditions nécessaires et contre-indications que dans la présentation de la face).*

Thorn, du travail duquel nous venons de faire de si longues citations, a enregistré, comme il a été marqué plus haut, à l'actif de sa « *méthode combinée* » 23 succès. Il exprime, en outre, l'espoir que les succès iront en se multipliant, et que le domaine de sa méthode ne pourra que s'élargir. Toutefois, il déclare, et de façon très formelle, qu'avant tout, il faut se garder d'intervenir dans les présentations de la face qui marchent bien, rejette les tentatives de réduction manuelle de la présentation primitive de la face pendant la grossesse, et exige pour son exécution le concours d'indications très précises. D'autre part, dans un travail sur les présentations de la face et du front (1), Steinbüchel reconnaît les avantages de la méthode de Thorn, qui, en particulier dans les présentations du front, rend le pronostic pour l'enfant beaucoup moins sévère. C'est donc une méthode qui tient avantageusement son rang parmi les autres procédés de réduction manuelle des présentations en question. Mais, en terminant, on peut faire la remarque que la symphyséotomie qui a pris, du moins dans les Maternités, une place si importante dans la chirurgie obstétricale, paraît devoir restreindre aussi le

(1) *Ueber Gesichts-und Stirnlagen*, Vienne, 1894.

domaine des méthodes thérapeutiques, manuelles ou instrumentales, des présentations de la face et du menton qui marchent mal. Et, sans poursuivre à ce sujet de minutieuses recherches, nous dirons simplement que, dans ce même travail de Steinbüchel, il est fait mention d'un cas de symphyséotomie pour une présentation du front. Également, à la Maternité Baudelocque, de Paris, dans le service M. le professeur Pinard, la symphyséotomie a été pratiquée, avec succès, dans un cas de présentation de la face et dans un cas de présentation du front (1).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 10 *janvier* 1895.

TISSIER présente une malade. C'est une multipare rachitique chez laquelle il a fait la **symphyséotomie** il y a six semaines. Elle a déjà eu cinq accouchements difficiles. Le bassin mesure 8,2 centim. de diamètre minimum. Cette femme, enceinte de huit mois, avait un enfant qui paraissait très développé. MM. Bar et Tissier décidèrent de faire l'accouchement provoqué. Après une journée de travail, la dilatation était complète, mais la tête restait élevée; de plus, le cordon était procident. Les contractions étaient très énergiques. Trois applications de forceps furent tentées sans succès. On ne pouvait songer à la version. Il fallut recourir à la symphyséotomie. Une hémorrhagie abondante survint après la section et l'écartement des pubis. A noter aussi un prolapsus assez notable des organes pelviens et même du cul-de-sac péritonéal. Extraction au forceps d'un enfant vivant qui, malheureusement, a succombé en nourrice au bout d'un mois.

Le troisième et le quatrième jour après l'opération, il existait un météorisme considérable, mais l'état général de la femme était bon. Le météorisme disparut sans aucun inconvénient.

---

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, janvier 1895, p. 20.

Dix-sept jours après l'opération, l'appareil de contention fut retiré. On trouva alors un utérus prolabé; mais, de plus, la symphyse pubienne n'était pas consolidée, le doigt en avant et en arrière sentait une gouttière. Au toucher, on distinguait très nettement derrière le pubis et sur les côtés du bassin, suivant l'insertion du releveur de l'anus, une tuméfaction dure, allongée. On pensa que cette masse était un thrombus qui s'étendait jusqu'aux échancrures sciatiques. En effet, la tumeur aujourd'hui a disparu.

M. Tissier explique la production de ce thrombus de la façon suivante :

Après section et écartement des pubis, il a été dit qu'il y avait eu hémorrhagie abondante. Pour arrêter l'écoulement du sang, on avait fait un tamponnement: le sang, arrêté de ce côté, aurait fusé dans les tissus.

L'auteur fait remarquer l'importance d'une antisepsie rigoureuse, car cet accident augmente grandement les chances d'infection. M. Tissier va plus loin. Il se demande s'il n'y aurait pas une relation entre ce thrombus et la pneumatose intestinale qui s'est manifestée le troisième et le quatrième jour après l'opération? On sait, en effet, que certains cas de déchirure s'accompagnent de météorisme, et la théorie qui rapporte ce phénomène à la compression du rectum par l'utérus prolabé est inexacte dans ce cas en particulier. Enfin, cette femme, opérée depuis six semaines, ne peut encore vaquer à ses occupations.

Discussion. — PORAK. — J'ai insisté dans un mémoire récent sur la fréquence et le danger des hémorrhagies dans la symphyséotomie. L'observation vient à point pour justifier la nécessité d'assurer l'hémostase avant la section des pubis. Le manuel opératoire que j'ai conseillé met à l'abri de cette complication. FOURNEL repousse, comme M. Tissier, la théorie de la compression du rectum par l'utérus, dans la production du météorisme. Pour lui, c'est le résultat d'une paralysie intestinale passagère.

CHARPENTIER présente une **môle hydatiforme.**

M. LOVIOT présente une pièce : c'est un **arrière-faix bien constitué auquel est attaché un œuf dégénéré**. Cet œuf, aplati, se trouve logé dans l'intérieur des membranes ; on y reconnaît très bien la présence d'un fœtus papyraceus. La mère de cette femme a eu des grossesses doubles. M. Loviot fera exécuter des coupes pour que l'on puisse savoir exactement le siège de cet œuf dégénéré.

M. PETIT continue et termine la lecture de son mémoire sur la **thérapeutique intra-utérine.**

M. TOUVENAINT, à propos du **traitement de l'asphyxie des nouveau-nés par les tractions rythmées de la langue**, rapporte deux observations montrant les difficultés que l'on peut rencontrer dans certains cas à user de ce procédé, et enfin son inefficacité. Dans ses deux faits, M. Touvenaint n'a obtenu aucun résultat du procédé de Laborde et n'a pu sauver les enfants que grâce à l'insufflation bouche à bouche. Il conclut que l'insufflation et la respiration artificielle sont des moyens excellents et qu'il faut conserver.

M. BUDIN fait une communication sur les résultats qu'il a obtenus depuis trois ans dans son service de la Charité, par l'emploi du nitrate d'argent en solution à 1 pour 150, comme **traitement préventif de l'ophtalmie des nouveau-nés.** Sur un total de 200 enfants, M. Budin n'a eu que deux ophtalmies et sept conjonctivites secondaires, c'est-à-dire survenues après le sixième jour. En face des résultats qu'il obtenait à l'hôpital, il a employé le même traitement pour les enfants de sa clientèle en ville, et, jamais, il n'a observé d'ophtalmie. C'est après trois années d'expérience que M. Budin engage ses collègues à essayer la solution de nitrate d'argent à 1 pour 150. Mais ce n'est pas tout : il n'est pas rare d'observer des ophtalmies dans la clientèle des sages-femmes. Or, une solution aussi faible de nitrate d'argent ne semble pas pouvoir être dangereuse entre leurs mains. Mais la loi est formelle ; elle leur défend de prescrire des médicaments autres que le seigle ergoté, des paquets de sublimé et de la vaseline au sublimé. Peut-être les accoucheurs des hôpitaux, chargés de la surveillance des sages-femmes agréées, pourraient-ils en diriger l'emploi ?

Discussion : DOLÉRIS arrête l'attention sur les conjonctivites secondaires. Pour lui, il y aurait nécessité de continuer le traitement prophylactique tant que l'enfant reste exposé à une contamination secondaire. BUDIN procède de la façon suivante : A l'hôpital, dès que l'enfant est né, alors qu'il est encore entre les jambes de la mère, on ouvre les paupières du nouveau-né et on laisse tomber deux ou trois gouttes de la solution dans l'œil, puis on essuie extérieurement les yeux avec un peu d'ouate. Le manuel opératoire est donc extrêmement simple.

M. DOLÉRIS. — Observation d'une femme anémique, névropathe

à son troisième avortement, en danger de mourir d'hémorrhagie par décollement prématuré du placenta situé très haut. Cette femme avait eu une syncope. Pas de commencement de travail. M. Doléris fit l'**accouchement forcé** : Incision du col. Éviscération du fœtus et extraction. Traitement de la mère par l'oxygène, le sérum, etc.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE KIEFF (1)

Séance du 30 octobre 1894.

M. A. YOSKRESSENSKI communique les résultats de ses visites dans les **services gynécologiques de Paris**. La gynécologie à Paris est avant tout chirurgicale, et tout chirurgien fait de la gynécologie ; la gynécologie opératoire s'occupe avant tout des différents procédés d'hystérectomies totales ; il faut noter surtout l'hystérectomie pour suppuration des annexes. Au point de vue technique, on a en vue la rapidité, l'hémostase sans ligatures, à l'aide de pinces. Quelques mots enfin du traitement par l'électricité (clinique Apostoli) et par le massage.

Le Dr SAPIEGKO trouve que les chirurgiens français étendent trop les indications de l'hystérectomie totale et la pratiquent trop souvent. Il a vu lui-même jusqu'à 45 hystérectomies par jour (*sic*!) chez certains chirurgiens, et toujours pour inflammation des annexes. De tous les procédés, le suivant lui a paru le meilleur : incision circulaire des culs-de-sac, destruction digitale du tissu cellulaire, ouverture des deux culs-de-sac de Douglas, section de l'utérus en deux moitiés latérales à l'aide de forts ciseaux, extraction très facile de chaque moitié, application d'une pince sur chaque ligament large et section des ligaments. La durée de cette opération varie de cinq à quinze minutes. Quant au morcellement des grands myômes, c'est une opération difficile, extrêmement dangereuse entre les mains d'un chirurgien peu habile ; un chirurgien de Paris, en présence du docteur Sapiegko, a produit deux fois des énormes lésions de l'intestin dans le cours de deux opérations successives (2).

---

(1) D'après le *Vratch*, 1894, n° 47.

(2) Il est regrettable que M. Sapiegko n'ait pas été un peu plus précis dans le récit de son voyage à Paris. Le chiffre de 45 hystérectomies par jour qu'il

Professeur Rein fait observer que l'école gynécologique ne date en France que de dix à douze ans et n'a pas encore acquis d'indépendance ; les procédés adoptés ont été proposés antérieurement par d'autres ; ainsi le manuel opératoire décrit par le D[r] S. appartient à P. Muller. Quant aux indications de cette intervention dans les suppurations des trompes, elles n'ont pas de base scientifique suffisante, ce qui a été d'ailleurs exprimé aux derniers congrès de Bruxelles et de Rome. La méthode de l'ablation des tumeurs utérines par morcellement est extrêmement peu commode, peu scientifique et témoigne de la décadence de la chirurgie en France (1).

S. I. Krassovski. **Inversion de l'utérus, compliquée d'un fibrome du fond de l'utérus.** — La malade entre à la clinique avec des douleurs et des métrorrhagies abondantes; une tumeur, qui fait saillie hors du vagin, est réduite et le vagin tamponné ; trois jours plus tard, la tumeur, est à nouveau expulsée et saigne énormément. C'est un fibrome pédiculé, attaché au fond de l'utérus en inversion complète ; le fibrome est enlevé, la plaie suturée sur deux plans et l'utérus réduit graduellement en trois jours à l'aide de l'appareil de Braun dont on augmente le contenu de 250 à 400 c. c. de solution de sublimé ; toutes les huit heures l'appareil est enlevé pour permettre de laver le vagin et de vider la vessie.

Professeur G. E. Rein (de Kieff.) présente une femme qui a subi l'**opération césarienne** et son enfant. Femme de 28 ans, premier accouchement à 20 ans, durée onze jours, enfant mort ; deuxième accouchement à 23 ans, durée vingt-quatre heures, l'enfant vit cinq minutes ; troisième accouchement à 27 ans, à la clinique de Kieff, durée soixante-quinze heures, symphyséotomie, forceps ; quatrième accouchement à terme en décembre 1894 ; le bassin

indiqué résulte sans doute d'une erreur typographique. Nous serions désireux de le voir donner quelques détails précis sur ces abatages auxquels il dit avoir assisté et dont nous, Parisiens, ne pouvons entrevoir la possibilité. (H. H.)

(1) Tout en n'étant pas suspect de tendresse pour les exagérations de certains hystérectomistes, nous regrettons pour M. le professeur Rein qu'il porte des jugements aussi absolus sur des opérations qu'il ne connaît pas, ne les ayant probablement vu pratiquer que par des opérateurs malhabiles et ailleurs qu'à Paris. (H. H.)

est complètement obstrué par des tumeurs dures, ce qui a été reconnu déjà au moment du troisième accouchement ; le point le plus rétréci mesure cinq centim. L'enfant est vivant ; sa tête reste au-dessus du détroit supérieur au moment de la dilatation complète du col. L'opération césarienne est faite sans ligature élastique et sans attirer l'utérus hors de la cavité abdominale : l'incision, faite très haut, saigne peu ; l'enfant, retiré par le pied droit, pèse 3,970 gr. La plaie utérine est fermée par un plan de sutures profondes comprenant toute l'épaisseur de la paroi et un plan superficiel séro-séreux ; les trompes sont liées à un centimètre de l'angle afin d'empêcher de nouvelles grossesses. Guérison sans incidents. Cette opération césarienne est la deuxième faite à Kieff depuis cinquante ans.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG (1)

Séances du 22 septembre et du 17 novembre 1894.

V. N. Filipovitch. **Deux cas de rétrécissement cicatriciel du vagin.** — Obs. I. — Femme de 21 ans, atteinte d'incontinence d'urine depuis un accouchement très laborieux datant de huit mois ; rétrécissement annulaire du vagin admettant à peine le doigt, fistule vésico-vaginale à rebord mince, d'un diamètre de trois travers de doigt. L'opération fut pratiquée de la manière suivante : le doigt introduit dans le rectum servant de guide, deux incisions sont faites le long des parois latérales du vagin de dedans en dehors sur une longueur de 7 centim., plus profondes au milieu où elles atteignent de 1 centimètre et demi à 1 centimètre trois quarts de profondeur. Les surfaces avivées sont alors pareilles à celles d'une feuille pliée le long de sa nervure médiane et mesurant en largeur 3 centim. à 3 centimètres et demi ; ces surfaces sont recouvertes par des lambeaux taillés dans les grandes lèvres et adhérents par un pédicule postérieur. La fistule est suturée au catgut, mais la suture est refaite un mois plus tard au fil d'argent, le catgut s'étant résorbé avant la cicatrisation. L'opérée, revue quinze mois

(1) D'après le *Vratch*, 1894, nos 39, 47, 48.

plus tard, va toujours bien; les lambeaux se sont transformés, les poils ont disparu.

Obs. II. — Femme de 21 ans. Un premier accouchement produit une fistule vésico-vaginale, suturée avec succès. Le deuxième accouchement, très long et pénible, est suivi de délabrements considérables, qui ont pour résultat une fistule vésico-vaginale, une fistule recto-vaginale, larges toutes les deux, de nombreuses cicatrices.

L'opération est analogue à la précédente. Dans un premier temps le chirurgien fait deux incisions latérale et postérieure le long du vagin rétréci, ensuite il suture les deux fistules, et en dernier lieu il fixe sur la surface cruentée gauche un lambeau cutané taillé dans la grande lèvre gauche; le tout est maintenu en place par quelques tampons de gaze. La cicatrisation se fit bien; trois mois et demi après l'intervention il ne paraissait y avoir aucune tendance à la rétraction.

A. P. Zabolotski (Clinique du professeur Slavianski). **Un cas d'épithélioma pavimenteux de l'utérus.** — Femme de 36 ans, présente depuis un an un écoulement utérin de sang, de muco-pus, des douleurs dans le bas-ventre et les reins. L'utérus un peu augmenté de volume et sensible est mobile; à l'aide de la curette on retire de la paroi droite et antérieure de l'utérus des petits fragments d'un tissu morbide. L'examen histologique fait reconnaître un cancroïde. Hystérectomie totale, guérison.

M. A. Dokonchevskaia (Clinique du professeur Ott). **Hystérectomie vaginale treize jours aprés l'accouchement pour cancer du col.** — Femme de 33 ans, dixième accouchement à terme, normal malgré la présence d'un cancroïde de la lèvre postérieure du col, envahissant un peu le cul-de-sac postérieur. Pour hâter l'involution, on fait prendre deux fois par jour 60 centigr. d'ergot; le treizième jour, hystérectomie par le procédé de Ott; guérison simple; l'examen histologique confirme le diagnostic.

Professeur D. O. Ott. **Du traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.** — Ott cite un cas pareil à celui qui vient d'être relaté; le cancroïde occupait tout le col; l'hystérectomie fut pratiquée trois semaines et demie après l'accouchement. Actuellement, au bout de huit ans

et demi, il n'y a pas de récidive. L'opération est rendue facile grâce à la souplesse de tous les tissus. Lorsque le cancer atteint un utérus gravide, l'hystérectomie totale reste absolument indiquée à toute période de la grossesse, en sacrifiant le fœtus s'il n'est pas viable. C'est la conduite suivie dans un cas récent: femme de 38 ans, à sa dixième grossesse, enceinte de six mois, présentant un cancer volumineux de toute la partie vaginale du col. Après avoir séparé la vessie, ouvert le cul-de-sac de Douglas et lié la partie inférieure des ligaments larges, le chirurgien termine l'opération par la voie abdominale. La plaie abdominale est suturée complètement, le vagin tamponné. La malade n'a pas eu de la fièvre ; l'orifice vagino-abdominal ne commence à se cicatriser qu'au bout de douze jours; de même, quelques points de suture de la plaie abdominale ayant été enlevés, la plaie s'ouvre et le grand trou qui se forme ainsi malgré la suture immédiate ne se ferme qu'après un avivement et une nouvelle suture faite au bout de douze jours. Quatre mois plus tard on constate l'existence d'une plaque indurée dans l'un des culs-de-sac vaginaux.

V. V. STROGANOV. **De l'usage du samovar ordinaire dans les opérations aseptiques.** — Cet appareil, que le praticien russe aura toujours et partout à sa disposition, rend des services incontestables en fournissant de l'eau bouillie, stérilisée chaude, ou refroidie dans l'appareil à l'abri de toute poussière; il suffit d'entourer d'ouate le joint du couvercle et du corps pour mettre l'eau à l'abri de la souillure.

J. V. BOUKOEMSKI (clinique du professeur Slavianski). **De l'analgésie par l'éther dans l'accouchement.** — Les inhalations d'éther sont faites à l'aide du masque de Juillard, tenu à 2-3 centim. de la face, en versant au début de chaque douleur de 2 à 8 gr. d'éther sur le masque. Dans trente-quatre cas la durée de l'éthérisation a varié de cinq minutes à cinq heures et demie et la quantité totale de l'éther a été de 22 gr. à 453 gr. Les contractions ont été étudiées par la méthode manuelle de Winckel, soit par des graphiques construits à l'aide de mensurations multiples, par le pneumographe de Marcy, le tocodynamomètre de Schatz. Conclusions : 1° Après quelques inspirations les contractions deviennent indolores tout en conservant leur force et leur durée ; 2° les grandes

doses d'éther augmentent un peu la durée et l'énergie des contractions; 3° les contractions abdominales ne sont pas arrêtées; 4° des phénomènes d'excitations ont été observés dans six cas, dont un seul assez sérieux; 5° l'involution utérine est accélérée; 6° l'écoulement sanguinolent dure plus longtemps, surtout chez les multipares; 7° les nouveau-nés n'ont rien présenté d'anormal; l'ictère a été noté dix fois sur trente-quatre; chez deux enfants l'ictère a été intense; les mères n'avaient reçu que de faibles quantités d'éther.

L'éther ne s'est jamais enflammé, quoique toutes les observations aient été prises de nuit.

Le professeur V. N. Massen ajoute que la sécrétion lactée est un peu diminuée par l'éthérisation; l'emploi de l'éther est absolument contre-indiqué chez les femmes atteintes de goitre, de maladies des reins et des poumons, chez les éclamptiques et chez les excitées nerveuses.

M. Nageotte-Wilbouschevitch.

REVUE ANALYTIQUE

I. — Malformations génitales (1)

De l'hématométrie unilatérale dans un utérus bipartitus, et spécialement de son traitement chirurgical. E. Blanc, *Loire méd.*, janvier 1895, p. 1.

Dans le courant de l'été 1887, une jeune fille de 18 ans était adressée à notre maître, M. le professeur Laroyenne, pour des troubles dysménorrhéiques avec tumeur pelvienne.

Voici quels renseignements elle donnait sur la marche de son affection :

Pas d'antécédents pathologiques ni héréditaires sérieux : jamais elle n'avait souffert du ventre avant l'établissement des règles. Ces dernières s'étaient installées depuis quelques mois seulement, et, au moment où M. Laroyenne la vit, la malade n'avait eu que

(1) Voir *Annales de gynécologie*, février 1895, p. 190.

trois époques menstruelles. Les symptômes morbides avaient justement coïncidé avec l'apparition de la première époque.

Pendant les quelques jours qui précédèrent l'apparition de l'écoulement sanguin, et durant toute la période menstruelle, elle commença à s'apercevoir d'une gêne, d'un embarras abdominal.

A cette sensation de plénitude, de pesanteur pelvienne, se joignit un ténesme anal des plus pénibles, en même temps que les douleurs devenaient de plus en plus vives et revêtaient le caractère de douleurs expulsives s'irradiant dans les aines et les cuisses. La malade fut obligée de garder le lit : l'écoulement sanguin fut très faible, et se fit goutte à goutte pendant trois jours.

La cessation des règles n'amena point un retour complet à l'état normal : il persista une gêne pelvienne avec douleur sourde, continue, malaise général et trouble des fonctions vésicale et rectale.

La deuxième époque fut le signal d'une recrudescence de tous les symptômes, qui atteignirent une acuïté extrême, à ce point qu'ils arrachaient des cris à la malade : c'était une souffrance continue avec paroxysmes intenses, angoissants (syncopes, nausées, vomissements) ; bref, le tableau était celui de la pelvi-péritonite aiguë ou de l'hématocèle péri-utérine.

L'écoulement menstruel ne fut pas plus abondant que la première fois.

Comme la fonction primitivement et uniquement troublée avait été la menstruation, et comme à côté des phénomènes impliquant la rétention coexistait un écoulement menstruel, peu abondant il est vrai, mais bien caractérisé, le médecin consulté par notre malade crut d'abord avoir affaire à une véritable dysménorrhée. Mais la répétition et la ténacité des accidents, en dépit de l'écoulement sanguin, leur aggravation à la deuxième époque, la persistance des troubles dans la période intercalaire, le conduisirent à s'enquérir des causes qui entretenaient un tel état morbide.

Le toucher vaginal, combiné avec la palpation hypogastrique, lui révéla la présence d'une tumeur pelvienne, intimement accolée au côté gauche de l'utérus, et refoulant en bas le cul-de-sac correspondant ; il crut à l'existence d'une hématocèle péri-utérine, et adressa la malade à M. Laroyenne pour solliciter son avis, touchant l'opportunité d'une intervention.

L'examen, immédiatement pratiqué, révéla les particularités suivantes :

A gauche, tumeur ovoïde du volume d'un poing d'adulte ; tendue, élastique, elle refoule en bas les culs-de-sac gauche et postérieur : nettement circonscrite et limitée entre le doigt vaginal et la main appliquée à l'hypogastre, elle ne se laisse pas mobiliser latéralement, ni de haut en bas ; elle déborde en haut le détroit supérieur : à gauche, elle forme une masse semée d'irrégularités et de bosselures occupant toute l'étendue de la fosse iliaque. Il est absolument impossible d'arriver à séparer l'utérus de cette masse. Toute la tumeur est douloureuse à la pression.

L'exploration attentive du segment inférieur nous révèle d'intéressantes particularités ; il n'existe pas de col utérin ; nulle part on ne rencontre la moindre saillie ; cependant, on finit par trouver, presque accolée à la paroi vaginale droite, c'est-à-dire du côté opposé à la tumeur, une petite dépression linéaire affectant la forme d'un fer à cheval ouvert du côté de la tumeur. L'hystéromètre, prudemment introduit dans cet orifice et poussé directement en haut et un peu à droite, s'enfonce à 7 centimètres.

Les mouvements qu'on lui imprime se communiquent à la masse : celle-ci fait bien réellement corps avec l'utérus ; elle en représente la moitié distendue par le sang menstruel.

Tel est en effet le diagnostic nettement affirmé par M. Laroyenne, et solidement basé sur l'ensemble des symptômes et des signes que nous venons d'énumérer.

Quant à l'indication, elle s'impose : il faut au plus vite donner issue au sang épanché.

Séance tenante, la malade est endormie ; M. Laroyenne attaque la tumeur par la voie vaginale, à l'aide de son trocart-sonde.

L'instrument est enfoncé lentement, doucement, par un mouvement de pression et de rotation combinées, au point le plus saillant de la tumeur, à un centimètre en dehors et à gauche de la fente décrite plus haut : il s'en écoule un flot assez abondant de sang noirâtre, visqueux, semblable à celui qu'on retire des hématocèles ; le lithotome, introduit dans la cavité par la cannelure de l'instrument, est retiré grand ouvert, débridant ainsi largement l'ouverture qui permet l'introduction de deux doigts ; quelques caillots et du sang liquide sortent encore par l'ouverture ; celle-ci est encore agrandie par la destruction de la partie inférieure de la cloison, sur une hauteur de 2 centim. environ.

La tumeur s'est affaissée immédiatement, et réduite de la moitié environ de son volume ; son exploration attentive montre qu'il s'agit bien d'un utérus biloculaire.

Une fine éponge antiseptique est placée à cheval sur l'ouverture pour en empêcher la rétraction, puis, pendant un mois, tous les jours, un lavage est prudemment et sous faible pression pratiqué dans la poche qui s'affaisse et s'assouplit progressivement.

Au bout de ce temps, les bords de l'ouverture, qu'on a eu soin de maintenir constamment écartés par une éponge à cheval, sont cicatrisés isolément, de sorte qu'il persiste un orifice d'un centimètre de diamètre dont on n'a pas à craindre la rétraction.

Le résultat de l'intervention a été des plus remarquables au point de vue des troubles fonctionnels : disparition rapide et complète de la douleur et de la gêne abdominales ; pas de fièvre, pas de réaction péritonéale.

Rentrée chez elle, la malade écrit bientôt que ses règles sont plus abondantes et nullement douloureuses ; son état général est excellent. Il persistait à son départ quelques-unes des indurations, probablement péritonitiques ou constituées par de petits kystes sanguins de la trompe gauche, dont nous avons plus haut signalé la présence.

Cas de fibro-lipome du ligament rond du côté gauche. (Ueber einen Fall von Fibrolipom des linken Lig. rotundum), WITTE. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 34, p. 823.

Fait observé chez une femme vierge, âgée de 31 ans. Deux années auparavant, la femme se plaignant de douleurs dans l'aine gauche, qui était le siège d'une grosseur, on avait fait le diagnostic : hernie inguinale, et prescrit un bandage inguinal. Mais, les douleurs persistant et la grosseur continuant de s'accroître, il fut décidé de recourir à une opération. De plus, comme, simultanément, il existait un kyste ovarique, on fit la laparotomie. Le kyste enlevé, on dégagea la tumeur qui existait au niveau du ligament de Poupart. On constata alors que cette tumeur, grosse comme un œuf d'oie, était liée à l'utérus par un cordon de l'épaisseur du petit doigt, musculeux et lisse (le ligament rond). Après ligature, le cordon fut suturé dans la plaie cutanée. Réunion par première intention. *Guérison.*

Examen de la pièce. — Au centre de plusieurs nodosités cons-

tituant la tumeur, ramollissement hémorrhagique. Dans l'ensemble, tissu composé d'éléments musculaires lisses, de tissu connectif, de plusieurs foyers et traînées de tissu graisseux. Donc : *fibro-lipome.* R. LABUSQUIÈRE.

II. — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ET BASSINS RÉTRÉCIS

De l'accouchement prématuré dans les bassins viciés. (Zur Frage der Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge), O. BEUTTNER. *Arch. f. Gyn.* Bd. LXVIII, Hft. 2, p. 269.

Pour juger, exactement, la valeur de l'accouchement prématuré, il importe de rapprocher des résultats comparables : *voir, parallèlement, les terminaisons des accouchements à terme et celles des accouchements provoqués avant terme, chez les mêmes femmes.* Or, l'auteur a fait ce parallèle à l'occasion de 21 cas d'accouchements prématurés, pratiqués à la clinique obstétrico-gynécologique de Berne, de mars 1884 jusqu'à décembre 1893, sur un ensemble de 3,584 accouchements, soit dans la proportion de 0,58 p. 100. Cette proportion très faible, si on la compare à celle des bassins rétrécis, témoigne qu'on n'a recours à l'accouchement prématuré que pour des indications très précises.

Ces 21 cas se répartissent comme suit : deux Ipares, quatre IIpares, trois IIIpares, cinq IVpares, quatre Vpares, une VIpare, une VIIpare, une XVpare ; donc : primipares 9,5 p. 100, multipares 90,5 p. 100.

Raisons de l'accouchement prématuré : a) Deux fois, volume anormal de la tête fœtale ; *b*) dix-neuf fois, sténoses pelviennes, savoir : 1° *bassin généralement et uniformément rétréci,* quatre fois ; 2° *bassin généralement et irrégulièrement rétréci* (scoliose, lordose), une fois ; 3° *bassin plat, généralement rétréci*, deux fois ; 4° *bassin plat*, onze fois ; 5° *bassin ostéomalacique,* une fois.

Dans tous les cas du groupe 1 le conjugué vrai atteignait 9 centim. ; dans un cas de bassin généralement et irrégulièrement rétréci, également 9 centim., également dans celui du bassin ostéomalacique ; dans les deux cas du groupe 3 il était de 8, 5 centim. ; enfin, pour les onze cas du groupe 4, il était une fois de 8 centim. ; une fois de 8,5 ; une fois de 9,5 et deux fois de 10 centim.

D'ailleurs, détail à noter : *à la clinique de Berne, depuis qu'on a, méthodiquement, recours pour l'appréciation des dimensions réciproques de la tête fœtale et du bassin au procédé de Müller,*

la notion de la dimension absolue du diamètre conjugué vrai, au point de vue de la provocation de l'accouchement, a perdu beaucoup de son importance. L'auteur fait, toutefois, la remarque *qu'il ne faut pas négliger de combiner avec le procédé de Müller l'exploration interne, exploration interne qui, à l'occasion, permettra de reconnaître une rotation de la tête fœtale autour de son diamètre occipito-frontal. La constatation est importante, car, à son défaut, on pourrait croire à un engagement notable de la tête fœtale, engagement qui en somme n'est qu'apparent.*

***

Accouchements antérieurs. — Les 21 femmes chez lesquelles l'accouchement prématuré fut provoqué avaient eu 59 accouchements antérieurs. Or, 40 fois on avait dû procéder à une intervention, soit dans la proportion de 67,7 p. 100. Mais, de ces opérations les unes étaient *préparatoires* (accouchement prématuré, version prophylactique), les autres *terminales*. Les premières furent dans la proportion de 16,9 p. 100, les autres de 50,8 p. 100 Ce dernier chiffre établit nettement que, même dans les cas de rétrécissements modérés, fréquemment l'obligation s'impose d'intervenir par une opération. En réalité, de l'examen de ces observations découle cette proposition I) : DE CE QUE LE CONJUGUÉ VRAI MESURE 10 CENTIM., IL NE S'ENSUIT PAS QUE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ SOIT CONTRE-INDIQUÉ ; D'AUTRE PART, L'OPINION DE FEHLING QUE, DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS MODÉRÉS, L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ DONNE DES RÉSULTATS SUPÉRIEURS A CEUX DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ, N'EST PAS JUSTIFIÉE.

Rössing est arrivé à des résultats analogues : chez 13 multipares, à conjugué vrai de 8,5 — 9,75, l'accouchement spontané ne donna que 40,62 p. 100 d'enfants vivants contre 76,92 p. 100 pour l'accouchement prématuré.

Mode de terminaison des 59 accouchements : spontané, à terme, 14 fois; accouchements prématurés, spontanés, 2 ; avortements, 3; accouchements prématurés provoqués, 8 (survivance infantile 75 p. 100); accouchements avec opération préalable, 2 (version prophylactique, version céphalique), 2 ; accouchements terminés chirurgicalement, 30.

Ce dernier groupe, sous le rapport de l'intervention, se répartit ainsi : 6 fois perforation et cranioclasie, 9 fois forceps (2 fois avec l'indication forceps difficile) ; 14 cas nécessitèrent la version et

l'extraction ou (cette dernière combinée avec la céphalotripsie sur la tête dernière). Pour un cas, l'opération terminale n'est pas notée. Si, maintenant, on se reporte aux observations correspondantes, on voit que des bassins dont les rétrécissements n'étaient que de 9,5 — 10 centim. ont nécessité des opérations laborieuses, terminées par l'extraction d'enfants morts, ce qui confirme la justesse de la proposition I.

***

Les 8 *accouchements prématurés* ont donné 75 p. 100 d'enfants vivants, proportion relativement bonne. Toutefois, ce trop petit nombre de cas et le fait que 6 de ces cas concernent la même femme, ne permettent guère de formuler des conclusions. Pourtant, ils prêtent à la remarque suivante : 2 fois, à cause d'une appréciation insuffisante des dimensions réciproques de la tête fœtale et du bassin, l'accouchement fut provoqué trop tôt, d'où comme conséquence : 2 enfants, nés trop prématurément et qui succombèrent peu après leur naissance. *Chez les mêmes femmes, l'accouchement prématuré, provoqué de nouveau, mais au bon moment, grâce aux renseignements fournis par la méthode d'exploration de Müller, donna 4 enfants vivants.*

Résultats quant aux enfants, abstraction faite de : 8 accouchements prématurés artificiels, 2 accouchements prématurés spontanés et 3 avortements ; soit dans 46 accouchements à terme, antérieurs : 23 enfants vivants, 23 morts. Expurgée, la statistique devient 23 p. 100 morts et 22 p. 100 vivants, donc : mortalité fœtale 51,1 p. 100, survivance 48,9 p. 100. Or, *les résultats obtenus quant aux enfants, dans les 21 accouchements prématurés provoqués ultérieurs se chiffrent par 61,95 p. 100 enfants vivants* (1). Et le rapprochement de ces chiffres, 48,9 p. 100 et 61,95 p. 100, démontre bien, contrairement à l'opinion de Fehling, que même dans les sténoses pelviennes modérées, l'accouchement prématuré provoqué est plus avantageux que l'accouchement spontané, à terme.

Résultats quant aux mères pour les vingt et un accouchements prématurés. Deux femmes sont mortes (2). Dans l'un des

(1) Soit pour l'accouchement prématuré artificiel une mortalité infantile de 38 0/0, et cela avec un procédé d'estimation des indications, que Beuthner recommande comme « supérieur » ! (H. V.).

(2) 2 sur 21, soit 9,5 0/0. Recommandé à l'attention des accoucheurs qui

cas qui se compliqua de rupture beaucoup trop précoce des membranes, de présentation de l'épaule, et de rupture de l'utérus ; le décès ne devrait pas être enregistré au passif de l'accouchement prématuré (1) d'autant plus que l'épaisseur exceptionnelle de la paroi abdominale avait empêché d'apprécier par le procédé de Müller les dimensions réciproques de la tête fœtale et du bassin. Dans l'autre, par contre, mort par septicémie, il est impossible d'innocenter la provocation de l'accouchement, accouchement qui marcha avec une lenteur très grande et qui dut être terminé (version externe, extraction facile, délivrance artificielle).

***

Résumé. — Vingt et un accouchements prématurés. Mortalité fœtale, 38 p. 100; mortalité maternelle, 9,5 p. 100 (comme on l'a vu, ces chiffres n'ont rien d'absolu et ne peuvent être justement appréciés qu'avec l'examen critique les faits).

***

Après cette statistique personnelle, dressée avec un nombre relativement petit de cas, l'auteur en donne une considérable, dressée par Buschbeck, à laquelle il a ajouté ses vingt et une observations.

	Nombre des cas	Mères mortes	Enfants nés vivants	Mort-nés	Sortis vivants		Indications bibliographiques
Rumpe.....	14	1	11	3	10	71.4 p.0/0	*Arch. f. Gyn.* Bd. XXI.
Olshausen.	15	1	11	4	9	60	*Klin. Beiträge.* S. 164.
Haidlen...	38	—	29	9	23	67.7	*Cent. f. Gyn.*, 1885.
Fehling...	13	—	12	1	11	84.6	*Cent. f. Gyn.*, 1886.
Wyder.....	10	1	1	3	5	50	*Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXII.
Braun.....	48	—	35	13	30	62	Der Kaiserschnitt und seine Stellung, etc. *Cent. f. Gyn.*, 1891.
Schönberg.	36	—	2	2	2	58	*Cent. f. Gyn.*, 1891.
Ahlfed....	97	2 éclampsie	83	14	59	60.39	Rossing. *Die Resultate von 105 Frühgeburtseinleitungen.* Diss. inaug.
Pinard.....	100	1	83	17	67	67	*Ann. de gyn.*, janvier 1891.

soutiennent que la mortalité maternelle dans l'accouchement provoqué est égale à 0. (H. V.).

(1) C'est, sans discussion possible, un échec de l'accouchement prématuré provoqué. (H. V.)

OLSHAUSEN.	18	1	14	4	14	78	TAUBERT. *Beitragzur Lehre v. d. künstl, Frühg.* Diss. inaug.
LÉOPOLD...	81	1	57	25	52	63.4	BUSCHBECK. Beitrag z. künstl. Frühg. etc.
P. MÜLLER.	21	2	15	6	13	61.95	
	491	20/0				65.39 p. 0/0	

Cette statistique donne : a) *mortalité maternelle* 2 p. 100; *mortalité fœtale* 34,61 p. 100 (1), ce qui fait écrire à l'auteur : « *de 100 femmes qui, pour cause de sténose pelvienne, subirent l'accouchement prématuré provoqué, 98 ont survécu ; en outre, de 100 enfants 65 étaient vivants longtemps après leur naissance. Ce sont là, assurément, des résultats satisfaisants, mais il faut néanmoins proclamer que nous devons faire tous nos efforts pour réduire encore la mortalité maternelle et fœtale.* »

L'auteur montre que, dans l'ensemble, les *suites de couches* sont tout aussi bonnes après l'accouchement prématuré provoqué qu'après l'accouchement naturel, à terme. Il rapporte, d'ailleurs, l'excellence des résultats à l'observation rigoureuse des précautions antiseptiques, et en particulier à l'usage du sublimé, antiseptique qui a été l'objet de critiques exagérées. Les dangers inhérents à son emploi sont du reste extrêmement diminués, grâce à la précaution, actuellement systématiquement prise à la Maternité de Berne, de faire immédiatement suivre toute injection intra-utérine de sublimé d'une injection d'eau chaude. Beuttner passe ensuite à la question du temps que dura le travail à la suite de sa provocation artificielle et insiste sur les différences considérables que présentent les faits à ce point de vue. Différences si grandes, qu'on doit les avoir présentes à l'esprit pour le choix du moment où l'on se décide à provoquer l'accouchement. Si on recule trop ce moment et que l'accouchement mette bon nombre de jours à se faire, une tête qui, dès le premier jour, aurait pu passer ne passera plus après un certain délai et il faudra des opérations terminales plus ou moins grosses de risques. Enfin, l'auteur traite un dernier point fort intéressant ; *comment l'application méthodique du procédé d'exploration de Müller*

(1) 34,61 0/0 de mortalité infantile ; 2,2 0/0 de mortalité maternelle. Voilà donc la mortalité moyenne de l'accouchement prématurée artificiel, à l'hôpital, aux mains d'Olshausen, Fehling, Wyder, Braun, Ahlfeld, Pinard, Léopold, P. Müller. C'est la confirmation de nos conclusions de 1893 contre l'accouchement provoqué. (H. V.)

permet et a permis dans 30 cas de rejeter l'accouchement prématuré, alors que, sûrement, dans bon nombre d'entre eux, on aurait été, avec les moyens anciens d'exploration, conduit à le pratiquer. L'examen du tableau où sont consignés les données essentielles de ces 30 cas démontre amplement la justesse de cette proposition, et aussi qu'on eut parfaitement raison de compter sur la terminaison naturelle de l'accouchement.

Conclusions : 1° *L'accouchement prématuré est une des opérations obstétricales les plus fécondes.*

2° *Il ne faut faire, au point de vue de la provocation de l'accouchement, aucune différence entre les primi- et les multipares; les renseignements sur la marche des accouchements antérieurs n'ont qu'une importance secondaire.*

3° *Le fait que le diamètre conjugué vrai à 10 centim. ne saurait constituer, par lui-même, une contre-indication à l'accouchement prématuré.*

4° *La question de savoir si l'accouchement provoqué doit être ou non provoqué ne dépend pas de conditions mécaniques grossières, de disproportions considérables, mais plutôt, le plus souvent, de disproportions légères.*

5° *Seul, le procédé de Müller permet de reconnaître une disproportion faible entre la tête fœtale et le bassin.*

6° *L'accouchement prématuré doit être provoqué quand la tête fœtale, sous une pression forte et prolongée exercée de dehors et à travers la paroi abdominale sur sa base* (éventuellement après narcose), *passe encore avec sa circonférence maxima à travers le détroit supérieur.*

7° *Le procédé de Müller permet de déterminer de la façon la plus exacte le moment où il faut provoquer l'accouchement prématuré.*

8° *Il est imprudent de conclure de l'âge supposé de la grossesse au volume du fœtus.*

9° *La proposition de Fehling que dans les sténoses pelviennes modérées l'accouchement spontané, à terme, donne des résultats plus heureux que l'accouchement prématuré, n'est pas justifiée. Les suites de couches ne sont pas défavorablement influencées par l'accouchement prématuré.*

R. Labusquière.

BIBLIOGRAPHIE

Du phénosalyl comme agent antiseptique en obstétrique et en gynécologie. Dr FRAIPONT. Extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, 1893.

Le phénosalyl est un produit antiseptique composé d'acide phénique, d'acide salicylique, d'acide lactique et de menthol. Il se recommande par sa puissance bactéricide qui le place immédiatement après le sublimé, par sa faible toxicité, par son odeur qui n'a rien de désagréable et enfin par sa faible action irritante pour la peau et les muqueuses. Toutes ces qualités le désignaient pour l'antisepsie obstétricale et gynécologique. L'auteur compare ses résultats actuels à ceux qu'il obtenait quand il se servait d'acide phénique, et démontre la supériorité de ce produit par l'amélioration constante de sa statistique opératoire. P. N.

Sur un nouveau traitement curatif des fistules urétéro-vaginales, avec considérations sur la guérison des autres fistules uretérales. (Ueber eine neue Heilmethode der Harnleiterscheidenfesteln, nebst Bemerkungen über die Heilung der übrigen Harnleitenfisteln.) A. DÜHRSSEN. *Samml. klinisch. Vorträge*, no 114, 273.

Au cours d'une vagino-fixation, Dührssen ayant sectionné l'uretère, pris pour un vaisseau, imagina un procédé assez nouveau (Simon en ayant décrit un, ayant avec celui-ci quelque analogie), pour parer à cet accident. Il consiste essentiellement à aboucher directement l'uretère avec la vessie, et à reporter, par des sutures successives de la muqueuse vésicale à la muqueuse de l'uretère qu'on incise successivement, à petits coups de ciseaux, entre les sutures déjà placées, le nouvel orifice vésical de l'uretère, assez loin de la brèche vaginale. En procédant ainsi, on écarte les risques de comprendre le nouvel orifice urétéral dans une suture, ou de l'exposer à s'oblitérer ou rétrécir du fait des phénomènes de rétraction qui accompagnent la cicatrisation de la brèche vésico-vaginale. Dührssen obtint un succès complet. A l'occasion de ce fait, il résume les règles de pratique dont l'obser-

vation doit mettre sûrement à l'abri des lésions de l'uretère au cours de l'hystéropexie, vaginale et soumet à une analyse critique les autres méthodes de traitement des fistules urétérales. Trois dessins schématiques facilitent l'intelligence du nouveau procédé.

R. L.

OUVRAGES REÇUS

Travaux d'électrothérapie gynécologique, par G. APOSTOLI. Paris, 1894, t. I.

Las inflamaciones pelvianas de la Mujer y su tratamiento racional segun la clinica, par CELESTINO MARTIN de ARGENTA, Madrid, 1894.

On cases of associated parovarian and vaginal cysts, formed from a distended Gartner's duct, par ARMAND ROUTH. London, 1894.

Beitraege zur Histologie und Histogenese der Uterussarcome, par J. WHITRIDGE WILLIAMS, Berlin, 1894.

Formulaire du massage, par G. NORSTROM. Paris, 1894.

Exposé court et clair des diverses manœuvres employées pour le massage, de ses indications et de ses résultats.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

PRIX DUBREUILH

Ce prix, d'une valeur de **400 francs**, sera décerné en 1896 au meilleur mémoire sur la question suivante :

Parallèle entre la symphyséotomie et l'accouchement provoqué dans les bassins viciés de huit centimètres et demi à neuf centimètres et demi.

Les Mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. G. SOUS, Secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 31 janvier 1896, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître. Chaque Mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

RÉTRÉCISSEMENT CICATRICIEL DU VAGIN

Par le Dr **Lipinsky**,
Directeur de la Maternité à Mohilef-sur-le-Dniéper (Russie).

Le rétrécissement acquis du vagin ou l'amoindrissement de ses dimensions par la rétraction de tissus cicatriciels constitue un état pathologique sérieux qui mérite toute notre attention. Les conséquences sont, en effet, telles qu'elles obligent les femmes à réclamer notre assistance. Et nous devons, dans chaque cas, nous efforcer de rétablir, le plus possible, la conformation normale.

Voici le fait que nous avons observé :

Une paysanne du gouvernement de Mohileff, A. M..., âgée de 21 ans, vint le 8 septembre 1894, à la Maternité, nous consulter pour des douleurs au bas-ventre et de l'impossibilité au coït. Elle raconta ce qui suit : pendant son enfance elle était toujours bien portante, elle commença d'être réglée à 16 ans, les règles se reproduisaient chaque mois et duraient deux ou trois jours. Mariée depuis un an, elle est accouchée avant terme, au huitième mois; elle ne peut pas expliquer la cause de cet accouchement prématuré, mais elle suppose qu'il est dû à un travail trop pénible. L'accouchement, très laborieux, dura deux jours et deux nuits. Les eaux s'étaient écoulées vingt-quatre heures avant la fin de l'accouchement. Pendant l'accouchement la parturiente n'a reçu aucun secours, il n'y avait pas même de sage-

femme, c'est seulement sa mère qui était près d'elle. Après l'accouchement la malade a été prise de fièvre et de fortes douleurs dans les organes génitaux; cet état se prolongea pendant à peu près six semaines. Après les écoulements sanguins qui se continuèrent pendant trois jours après l'accouchement, elle commença à avoir de la leucorrhée jusqu'au mois de juillet, ensuite pendant deux jours des caillots sanguins, et après de nouveau de la leucorrhée.

Malade âgée de 21 ans, conformée passablement, taille 146 centim. Les mesures du bassin : D. Sp. 23, D. Cr. 25, D. Tr. 28, C. ext. 19. Les seins et les organes génitaux sont développés régulièrement. L'entrée du vagin représente un orifice si petit, qu"il permet seulement l'introduction dans le vagin d'une sonde. En introduisant le doigt dans le rectum on peut sentir distinctement l'utérus, son corps et sa partie vaginale de dimension normale.

A cause des antécédents de la malade et de tout ce qui a été trouvé par nous à l'examen, nous avons diagnostiqué un rétrécissement du vagin d'origine cicatricielle, et nous eûmes la curiosité de déterminer quelle était la profondeur de ce rétrécissement. Dans ce but, nous avons introduit dans le vágin, d'abord facilement et ensuite avec une plus grande difficulté, l'un après l'autre, les trois numéros du spéculum dilatateur de Simon pour l'urèthre. Après l'introduction du premier numéro et en en retirant l'obturateur nous avons remarqué l'écoulement d'un peu de liquide visqueux, de couleur chocolat, c'est-à-dire du liquide qui est toujours tel, lorsqu'il est accumulé dans la cavité des organes génitaux par cause d'atrésie. En introduisant maintenant le doigt dans le conduit vaginal on pouvait constater que l'atrésie occupait la partie inférieure du vagin à la profondeur de 3 centim. et que trois autres centimètres du vagin représentaient une cavité dans laquelle pouvaient se placer deux doigts. Ici, dans cette cavité, on pouvait constater la portion vaginale de l'utérus, quoique petite mais distincte. Par l'orifice de l'utérus on pouvait introduire une sonde ordinaire à la profondeur convenable. Après la dilatation du vagin et cet examen préliminaire, le vagin fut tamponné avec une bande de gaze iodoformée et la malade laissée au repos.

De l'histoire de notre malade il ressort que la cause du

rétrécissement dans ce cas, c'est l'accouchement laborieux. Cela arrive souvent, mais non pas toujours.

Dans les causes du rétrécissement du vagin on distingue deux catégories : à l'une appartiennent les rétrécissements *congénitaux* et à l'autre ceux qui sont *acquis*. Le premier groupe embrasse les rétrécissements qui ne sont que le résultat des anomalies du développement primitif qui s'accompagne souvent, mais non toujours, de défauts de développement des autres organes génitaux, principalement de l'utérus. Kleinwächter (1) (Csernowitz) distingue deux espèces de rétrécissement congénital du vagin : l'une en forme de septa transversa, espèce de rétrécissement assez rare, parce que jusqu'à présent on en a décrit seulement vingt cas. Ce cloisonnement transversal se trouve ordinairement dans la partie inférieure ou supérieure du vagin, ou enfin au milieu de celui-ci, mais rarement, et se présente comme le second hymen (2). La forme qui se rencontre le plus souvent, c'est un rétrécissement partiel, le vagin se présentant comme un entonnoir dont le bout le plus étroit est dirigé en haut où se trouve le rétrécissement qui occupe un espace plus ou moins grand. Aux rétrécissements du vagin d'origine acquise ou accidentelle appartiennent ceux qu'on rencontre le plus souvent comme suite d'un accouchement difficile, comme épiphénomène dans l'état puerpéral, quand, dans le vagin, il y a perte de tissus, puis formation de tissu cicatriciel et rétrécissement. Les conditions pathogéniques des rétrécissements sont moins rares dans l'accouchement artificiel, c'est-à-dire dans le traumatisme qui l'accompagne. Il faut encore indiquer comme cause de rétrécissement le traumatisme des organes génitaux, par exemple, une chute comme dans le cas de Matheysen (3) dans lequel il s'agit

---

(1) *Centralblatt f. Gynäcologie*, 1891, p. 581.

(2) Dans l'article du *Centralblatt* cité, nous lisons : *le septum* désigné aussi, à tort, hymen double (falschlich auch als hymen duplex bezeichnet)

R. L.

(3) *Prager mediz. Wochenschrift*, n° 9, 1885.

d'une fille âgée de 4 ans, tombée sur le bord d'une chaise. Les rétrécissements du vagin dus à des corps étrangers ayant séjourné longtemps dans le vagin, comme des pessaires, sont relativement rares. Le cabinet pathologique de Prague possède un exemple de pièce du vagin rétréci provenant d'une femme chez laquelle le pessaire était resté dans le vagin pendant trente-quatre ans. Il existe aussi dans la littérature un cas de Breisky très analogue (séjour d'une bobine). Également, l'action corrosive des liquides injectés dans le vagin peut jouer un rôle dans la formation des rétrécissements. La littérature médicale possède l'observation d'une femme qui, pour provoquer l'avortement, injecta dans son vagin un demi-verre d'acide sulfurique. Quelquefois des cautérisations médicales (fer rouge, galvanoc.) ont eu comme suite un rétrécissement du vagin. Les maladies contagieuses comme la fièvre typhoïde, la scarlatine, la petite vérole, etc., les maladies locales comme les vaginites ulcéreuses, aussi la perivaginitis phlegmonosa dissecans premièrement décrite par Marconet (1) sont souvent la cause de rétrécissements du vagin.

Dans notre cas, l'accouchement de longue durée, laborieux, où la tête du fœtus séjourna longtemps dans le vagin, l'absence de tout secours, avait déterminé la gangrène des tissus et comme résultat définitif la formation de tissu cicatriciel et l'amoindrissement de volume du vagin dans sa partie inférieure à un tel degré qu'on n'y pouvait introduire qu'une sonde. Nous profitons de l'occasion pour remarquer que, chez notre malade, le rétrécissement siégeait dans la partie inférieure, et que cela est conforme à l'indication du professeur Horwitz (2), qui soutient que le rétrécissement acquis se trouve, presque toujours, dans la partie inférieure du vagin contrairement aux rétrécissements congénitaux. De cette manière la cause du rétrécissement du vagin dans notre

(1) *Virchow's Archiv*, 1865, Bd. XXXIV.

(2) HORWITZ. *Manuel de pathologie et de thérapie des maladies des femmes.* St-Péters., 1882, p. 240.

cas rentre parmi les causes qui se rencontrent le plus souvent, car la statistique de Fraska (1) montre que de trente-six cas qu'il a recueillis quinze cas avaient une origine puerpérale.

Quant aux conséquences des rétrécissements du vagin, il faut ici signaler : l'écoulement difficile du sang menstruel, c'est-à-dire la dysménorrhée, la cohabitation impossible (impotentia coeundi), et enfin les difficultés qui se rencontrent pendant l'accouchement quand la partie du fœtus en présentation ne peut distendre ni effacer suffisamment le tissu cicatriciel duquel dépend le rétrécissement étendu du vagin (2).

Quelques auteurs mentionnent encore que des accidents nerveux et troubles psychiques peuvent être provoqués par le rétrécissement du conduit vaginal (3).

Dans notre cas, comme suites du rétrécissement nous avions à un certain degré : la rétention du sang menstruel, avec des douleurs au bas-ventre, sans doute à cause de cette même rétention, et enfin l'impossibilité de cohabitation.

Voici comment dans la suite nous avons traité notre malade. Le 11 septembre, nous avons introduit l'un après l'autre tous les numéros du spéculum dilatateur, puis fait le tamponnement du vagin. Peut-être à cause de l'introduction un peu violente dans le vagin du spéculum dilatateur nous avons déchiré le tissu muqueux de la paroi postérieure du vagin, de telle sorte qu'à l'examen, le 22 septembre, nous avons remarqué que la paroi antérieure du rectum commençait à être poussée dans le vagin. Ensuite, peut-être sous

---

(1) *Americ. Journ. of med. Sciences*, july 184?, p 114.

(2) *Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäcologie*, 1861, p. 62. E. MARTIN. Fall von Stenose der Scheide bei einer Schwangeren und Kreisenden. — *Ibid.*, p. 63. Fall von Stenose des Scheidenkanals. — *Prager mediz. Wochenschrift*, 1883. BREISKY. Stenosis vaginæ in gravida. — *Wiener mediz. Presse*, 1884, n° 46. BRAUN. Ein Fall von Geburtshinderung durch eine vaginal Stenose. — *Journal d'obstétrique et de gynécol.* de la Société gynécologique à Pétersbourg, 1887, p. 28 (en russe).

(3) SCHLESINGER. *Annales de gynécologie*, 1887, p. 67.

l'influence de nouvelles tentatives de dilatation à l'aide du spéculum, laissé quelquefois un temps plus ou moins long, se forma une fistule recto-vaginale assez grande, à direction sagittale longue de 1 centim. et à l'entrée du vagin. Ces tentatives de dilatation à l'aide de spéculum dilatateur pour l'urèthre, et avec un spéculum ordinaire, enfin le tamponnement avec la gaze iodoformée, tout cela fut continué du 8 septembre jusqu'au 29 octobre. Nous avons fait alors des incisions latérales dans les endroits du vagin les plus tendus. Celles-ci faites, le vagin fut de nouveau tamponné avec de la gaze iodoformée pour quelques jours. Ensuite nous touchâmes les plaies avec la solution de nitrate d'argent. Nous pûmes constater que tout cela ne valait rien, c'est-à-dire que lorsque nous avions laissé notre malade pendant deux ou trois jours sans tamponner le vagin, le rétrécissement revenait aux mêmes limites.

Il était déjà évident que, sans un autre moyen, nous n'aurions aucun résultat.

En étudiant la question du traitement du rétrécissement du vagin nous avons dû aussi faire connaissance avec les opérations employées dans les cas d'absence complète du vagin ou d'atrésie de cet organe.

D'abord, nous ferons ici en passant la remarque que tandis que les uns n'approuvent pas l'opération de rétrécissement du vagin, en présence de l'absence complète de celui-ci (1), les autres, au contraire, sans prendre garde au danger de cette opération, la préconisent quelquefois avec un enthousiasme excessif. C'est ici qu'il faut rapporter une opération du professeur Sneguireff dont on parla beaucoup autrefois en Russie (2). Mais ces considérations ne peuvent nous tou-

(1) HOFMEIER. *Grundriss der gynäcologischen Operationen*, p. 127 — BILLROTH'S. *Handbuch der Frauenkrankheiten*. — BREISKY. *Die Krankheiten der Vagina*, p. 16. — KALTENBACH. — TH. M. MADDEN. *Lancet*, London, 1890, p. 238.

(2) Un cas d'établissement d'un vagin artificiel au moyen d'une nouvelle méthode opératoire par le professeur W. F. Snéguireff de Moscou. *Archives*

cher davantage parce que chez notre malade, l'utérus avait sa conformation normale, et la femme pouvait encore accoucher ; il y avait indication absolue au rétablissement du volume normal du vagin.

Pour dilater le vagin rétréci on employait et maintenant encore on emploie différents dilatateurs ; chacun loue le sien (1); mais a priori on peut dire que cette méthode est peu justifiée. On peut distendre le tissu cicatriciel tant qu'on veut, il a toujours une tendance à se rétrécir ; nous en sommes parfaitement bien convaincu. Dans notre cas, deux ou trois jours suffisaient pour que du vagin assez bien dilaté nous ne retrouvions qu'un conduit étroit si nous ne le remplissions pas pendant ce temps avec une quantité suffisante de gaze iodoformée. Tout cela forçait Martin, en 1885, à exciser, dans un cas de rétrécissement du vagin, tout le tissu cicatriciel et à couvrir la surface cruentée obtenue avec la muqueuse restée. Cette manière d'agir sans doute est bonne, mais seulement dans les cas où le tissu cicatriciel ne s'étend pas à une grande distance.

Dr B. Crédé (2), médecin de l'armée à Dresde, comprit toute l'insuffisance des méthodes anciennes et, ayant eu un cas de rétrécissement du vagin chez une femme de 34 ans, il débarrassa le vagin du tissu cicatriciel, fit les incisions indispensables et, de cette manière, créa le vagin d'un volume suffisant (5 centim.). Ensuite, il disséqua de la grande lèvre gauche un lambeau de 6 centim. de largeur et de 12 centim. de longueur, dont le pédicule était formé par le périnée et il fixa ce lambeau avec des points de suture dans le vagin. Le résultat surpassa l'attonte. Le vagin ne

---

de tocologie, août 1892, p. 568, et aussi *Journal d'obstétrique et de gynécologie* de la Société obstét. à Saint-Pétersbourg, 1892, p. 969 (en russe).

(1) *Annales de gynécologie*, 1887, p. 295. — POLAILLON. *Création d'un vagin artificiel*. — Clinic der Gebärmutterchirurgie. — MARION SIMS. *Deutsch herausgeben* von BEIGEL, Erlangen, 1873, p. 271, fig. 140.

(2) Heilung der Stenosis vaginæ durch Einnähen eines Hautlappens. *Arch. f. Gynækologie*, XXII, 1884, p. 229.

se rétrécit pas et Crédé, un an après, trouva le vagin dans le même état. De cette manière la priorité d'une telle méthode autoplastique doit être attribuée précisément à Crédé.

Ce droit est disputé par le Dr Schalisa (1) qui communiqua un cas d'atrésie du vagin, accompagnée d'hématomètre et d'hématocolpos. Pour reconstituer le vagin, Schalisa prit cinq morceaux de la muqueuse des grandes et des petites lèvres, de 3 à 4 centim. de largeur et de 1 centim. de longueur et les plaça dans le vagin dont la surface avait été auparavant cruentée. Succès complet. Les morceaux placés dans le vagin prirent et celui-ci ne se rétrécit plus. Mais, si le Dr Schalisa a droit à la priorité dans la question de la colpoplastie, c'est seulement dans ce sens que c'est lui qui, le premier, a greffé des lambeaux de muqueuse séparés des tissus voisins et dépourvus de tout pédicule.

Picqué (2), dans le service de M. Pozzi, en 1889, opéra une fille atteinte d'absence congénitale du vagin. Il créa un canal vaginal, dont il tapissa la paroi supérieure avec la muqueuse vestibulaire qui avait été décollée au premier temps de l'opération, et la paroi inférieure avec la peau de la région intervulvo-anale disséquée et portée par glissement.

Dans le cas de Swiecicki (3), accouchement laborieux, atrésie du vagin et hématomètre, restauration du vagin, dilatation suffisante et greffe de lambeaux de muqueuse intestinale du lapin, auparavant plongés dans la solution de chlorure de sodium de 0,6 p. 100 à 38°. Après neuf jours, toutes les greffes étaient prises.

En septembre 1891, le Dr Azéma (4) de l'Ile de la Réunion, a opéré une mulâtresse de 14 ans : absence complète du vagin et accumulation du sang dans l'utérus. Il a rétabli le vagin et, pour en tapisser les parois latérales, il a pris des lambeaux à pédicule des grandes lèvres, vu que les petites

(1) *Vratsch*, 1888, n° 37, p. 705 (en russe).

(2) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XXXIII, p. 124.

(3) *Archives de tocologie et de gynécologie*, juillet 1892, p. 481.

(4) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1893, p. 214.

lèvres dans ce cas étaient atrophiées, et, pour la paroi inférieure, un lambeau de la fourchette. De cette manière, il créa un vagin dont le volume, quoiqu'il se fût rétréci graduellement, permettait d'introduire le doigt un an après.

Frank (1), en novembre 1891, opéra une atrésie vaginale par transplantation de lambeaux du tissu des petites lèvres. Frank a communiqué ce cas dans la séance de la Société de gynécologie et d'obstétrique à Cologne, du 7 janvier 1892, avec présentation de la malade.

Küstner (2), dans un cas de rétrécissement considérable du vagin développé après le premier accouchement, employa aussi une méthode plastique. Jugeant peu approprié le tissu des grandes lèvres couvertes ordinairement de poils, il utilisa des morceaux de muqueuse excisés dans la clinique chirurgicale de Doyat par le D[r] Wahl dans une opération d'anus praeternaturalis. Les morceaux furent plongés dans la solution à 0,6 p. 100 de chlorure de sodium, et la muqueuse séparée du tissu cellulaire. Deux lambeaux de cette muqueuse, en tout 4 centim. carrés, furent transplantés dans le vagin, qui avait été débarrassé préliminairement du tissu cicatriciel. Les lambeaux furent fixés sur les côtés par des points rares de suture et le milieu avec une suture de matelassier. Les lambeaux prirent, mais quelques points dans le vagin restant rétrécis, deux petits lambeaux de muqueuse, pris sur le vagin d'une autre malade au cours d'une colporraphie antérieure, furent transplantés dans ces points. Le résultat fut peu satisfaisant et Küstner, quelque temps après, opéra la même malade de manière qu'il mobilisa des lambeaux disséqués dans le même vagin jusqu'aux parties rétrécies du vagin.

Le professeur Rein (3) dans la séance de la Société gyné-

---

(1) *Journal d'obstétrique et de gynécologie* de la Société gynécologique à Saint-Pétersbourg, 1892, p. 614.

(2) *Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynæcologie*, XVIII, 1893, p. 147.

(3) *Journal d'obstétrique et de gynécologie* de la Société gynécologique à Saint-Pétersbourg 1893.

cologique à Kieff, le 29 janvier 1893, en se déclarant partisan de la création du vagin même dans le cas d'absence totale de celui-ci, décrivit un cas où, pour tapisser la cavité du vagin, il prit des lambeaux au niveau des fesses et de la surface des grandes lèvres.

Nous relevons encore dans la littérature médicale un rapport de Rutnher (1), fait dans la séance de la Société gynécologique allemande (du 25-27 mai 1893) où, indépendamment des cas susdits, il cite un cas d'absence complète congénitale du vagin. Après avoir rétabli ce dernier, il fit un sac des petites lèvres disséquées, et, avec celles-ci, il tapissa le vagin de nouveau rétabli.

Enfin, dans le numéro d'octobre 1894 du *Journal de la Société d'obstétrique et de gynécologie* à St-Pétersbourg, à l'hôpital de Sainte-Marie à Morsehansk, M. Filonovitsch fit une communication de deux cas de rétrécissement du vagin observés. Dans un de ces deux cas, il y avait en outre une fistule uréthro-vésicale. Pour supprimer ce rétrécissement, il fit deux incisions latérales de 7 centim. de longueur et 1 centimètre et demi à 1 3/4 de profondeur, puis, excisant deux lambeaux des grandes lèvres à pédicule périnéal, l'opérateur les fixa sur ces plaies avec quelques points de suture. Son second cas a eu pour origine une paravaginite phlegmoneuse puerpérale, rétrécissement assez grand avec une fistule recto-vaginale. Mêmes incisions dans le vagin et transplantation de lambeaux à pédicule en bas. Le vagin resta, dans ces deux cas, assez large.

Ces deux malades furent présentées à la Société médicale de Morsehansk.

Après cette enquête dans la littérature médicale, restant bien convaincu que nos tentatives, dans le sens de la dilatation, n'aboutiraient qu'à un échec, nous nous décidâmes à établir sur chaque paroi latérale du vagin une surface d'avivement. Cela nous donna deux surfaces cruentées, d'aspect

(1) *Centralblatt f. Gynäcologie*, n° 23, 1893.

folliforme et qui occupaient toute l'étendue du rétrécissement. Restait à tapisser ces surfaces. Dans ce but, nous avons disséqué une des petites lèvres, du clitoris jusqu'à son bout inférieur, puis, par une incision au milieu, nous avons tâché de la redresser un peu et, sans l'avoir détachée des parties voisines, nous l'avons fixée dans le vagin sur une des surfaces cruentées, par des points de suture assez rares pour n'en pas compromettre la nutrition. Nous fîmes même chose du côté opposé, de telle sorte que la paroi postérieure avec la fistule recto-vaginale et la paroi antérieure restèrent non couvertes. Sur les plaies produites par la dissection des petites lèvres, on fit aussi quelques points de suture. Le vagin fut un peu tamponné avec de la gaze iodoformée. La malade fut maintenue au repos et sondée suivant les besoins.

L'opération fut faite sous le chloroforme, le 28, c'est-à-dire un mois et demi après l'entrée de la malade à l'établissement, et avec l'asepsie la plus minutieuse. Le 2 novembre, c'est-à-dire le sixième jour, quelques sutures furent enlevées, les lambeaux n'étaient pas sphacélés. Le 6 novembre, c'est-à-dire le huitième jour, on enleva les dernières sutures; les lambeaux étaient bien pris, et les plaies laissées par la dissection des petites lèvres s'étaient réunies par première intention.

Nous pûmes nous convaincre, par la suite, que le rétrécissement ne se renouvelait pas et qu'on pouvait toujours introduire le doigt, le spéculum, etc. Et nous aurions pu nous contenter du résultat obtenu. Mais il restait encore une complication : sur la paroi postérieure, une fistule recto-vaginale, d'une longueur de 1 centim. qui faisait communiquer le rectum au vagin. Alors il nous vint à l'idée de tapisser par un nouveau lambeau, la muqueuse découverte et de supprimer en même temps la fistule. Dans ce but, le 11 novembre, la malade ayant été préparée et, sous narcose chloroformique, j'excisai, perpendiculairement au périnée, un lambeau de la peau des fesses, et la fixai, sur la région préalablement avivée du vagin, par des sutures à la soie. Gaze

men histologique seul des parties ramenées par la curette, en montrant des villosités choriales, permet de dire qu'on se trouve en présence d'une *endométrite déciduale.*

Cette endométrite post-partum est essentiellement caractérisée par des hémorrhagies et guérit par le curettage. C'est même là le triomphe de celui-ci, qui ne donne que des résultats plus aléatoires dans les endométrites catarrhales.

Placenta scléreux. — D'autres fois, un fragment assez important de placenta est resté adhérent et vivant. Ce n'est toutefois pas du placenta normal que l'on trouve lorsqu'on examine au microscope ces fragments, c'est du placenta sclérosé (1), constituant une masse de volume variable, assez dure, adhérant à l'utérus. L'examen d'un de ces fragments de placenta, resté plusieurs mois dans l'utérus, nous a montré les altérations suivantes :

OBS. I. — *Rétention prolongée du placenta. Altérations scléreuses.* — Sur des pièces conservées pendant quarante-huit heures dans le liquide de Müller et durcies ensuite à l'alcool, on fait des coupes, comprenant toute l'épaisseur allant de la partie libre de la cavité utérine jusqu'à la portion adhérente au muscle utérin.

Ces coupes sont colorées au picro-carmin. A un faible grossissement, on voit que la masse enlevée est formée surtout par des portions colorées en rose et se présentant sous forme de bandes régulièrement allongées ou d'autres fois sous forme de cercles réguliers. A côté de ces bandes, on trouve des espaces foncés, irréguliers, d'un gris noirâtre, qu'on peut soupçonner être d'anciens lacs sanguins.

Enfin nous trouvons d'autres portions beaucoup plus claires, au milieu desquelles on aperçoit, même avec un faible grossissement, des éléments assez volumineux, les uns colorés, les autres n'ayant pas pris la matière colorante.

Dans ces mêmes espaces clairs, on aperçoit des amas fortement réfringents formés par des sortes de cristaux arrondis, qui sont probablement des amas de graisse.

(1) Cette sclérose des fragments de placenta restés adhérents a été constatée par d'autres observateurs (CHAPUT. Deux cas de rétention placentaire. *Bulletins de la Société anatomique de Paris,* 1890, p. 4).

Si nous examinons maintenant des coupes en allant de la partie libre à la portion adhérente, nous remarquons que cette partie libre n'est pas limitée par un bord régulier. Ce bord est déchiqueté. On y trouve beaucoup d'éléments embryonnaires et d'autres éléments plus volumineux se colorant fortement par le

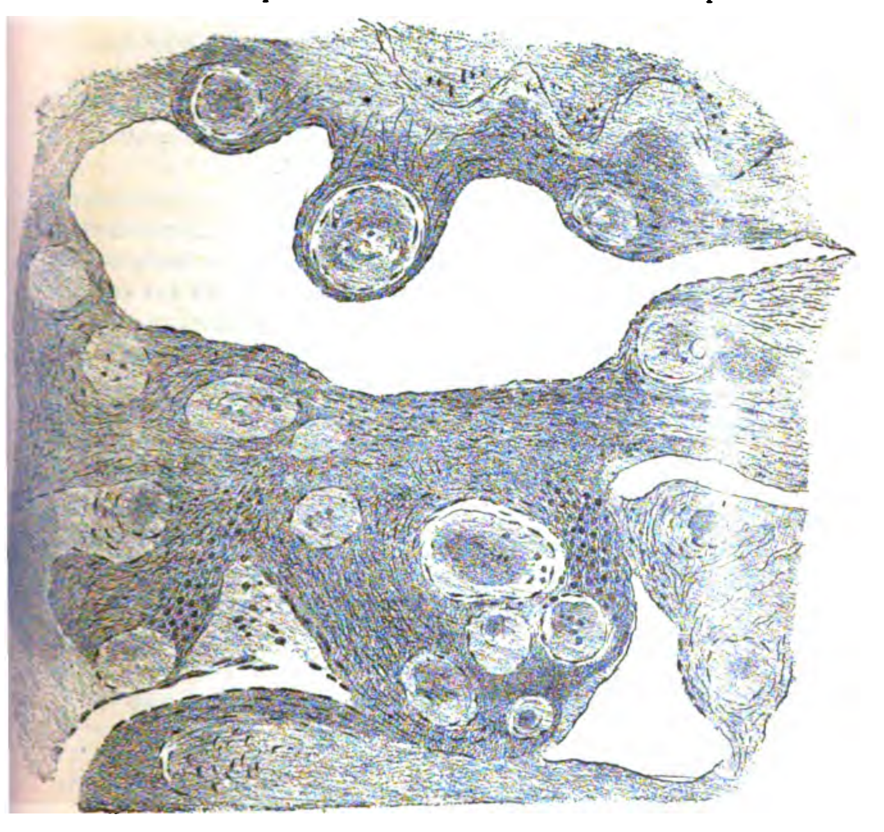


FIG. 1. — Placenta scléreux (d'après un dessin du professeur Cornil).

carmin. A ce niveau on voit des vaisseaux à parois peu épaisses et on trouve de vastes cavités en forme de lacs sanguins, cavités occupées par des caillots de formation récente.

Si l'on se rapproche de la portion adhérente, ce sont les bandes colorées en rose qui dominent, puis, au fur et à mesure que

l'on s'approche des parties profondes, on retrouve des parties presque opaques, grisâtres, traversées simplement par de petites bandes rosées.

A un plus fort grossissement, nous voyons que les portions colorées en rose sont formées par des éléments allongés, possédant un noyau facilement colorable. Ces éléments sont disposés parallèlement dans des coupes longitudinales. Là où les coupes sont perpendiculaires à leur axe, on trouve une sorte de système concentrique de lamelles qui font penser qu'il ne s'agit d'autre chose que d'anciens vaisseaux oblitérés. D'ailleurs, sur quelques-uns, on trouve encore la lumière vasculaire.

Autour de ces vaisseaux les enveloppant parfois, complètement séparés d'eux d'autres fois par une zone de tissu conjonctif hyalin, on aperçoit des portions grisâtres, formées par une sorte de réticulum granuleux dans les mailles duquel on trouve des granulations grisâtres, brunâtres, provenant probablement de globules rouges désintégrés. Ce qui permet surtout de l'affirmer, c'est qu'à côté on rencontre des espaces analogues renfermant des globules rouges, encore très reconnaissables.

Les parties claires dont nous avons parlé se voient surtout vers la portion libre et sont formées par des fibrilles conjonctives disposées en réseau et entre lesquelles on trouve des cellules multinucléaires, volumineuses, rappelant assez bien les cellules déciduales. On rencontre de véritables amas de ces cellules, mais nulle part elles ne sont régulièrement rangées autour des vaisseaux.

Enfin, au bord de la portion libre, il y a des parties qui sont complètement embryonnaires comme s'il y avait eu à ce niveau un processus inflammatoire.

Déciduome bénin. — Dans quelques cas, le fragment du placenta resté adhérent végète, donnant naissance à une variété de polype intra-utérin, d'apparence fibrineuse, répondant certainement, comme le fait remarquer M. Lejars (1), à bon nombre des cas décrits sans examen histologique sous la dénomination mauvaise de polype fibrineux. Le plus

(1) LEJARS. Polypes et faux polypes *Leçons de chirurgie*, Paris, 1895, p. 578.

souvent petites, constituées par de petites masses saillantes dans la cavité utérine, ces végétations du placenta peuvent quelquefois descendre jusqu'à l'orifice interne du col, rarement à son orifice externe, tout à fait exceptionnellement jusque dans le vagin (1). A ce titre, nous croyons intéressant de relater l'observation suivante :

OBS. II. — *Déciduome bénin.* — M. B..., lingère, entre le 25 octobre 1893 à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître, le professeur Terrier. Cette femme, qui a toujours joui d'une bonne santé, à part une fièvre typhoïde à 20 ans, a été réglée à l'âge de 15 ans. Les règles vinrent un peu irrégulièrement avec de la tendance à retarder, accompagnées de coliques jusqu'à son mariage, à 26 ans. Depuis cette époque elles ont été plus régulières. Le 7 avril 1892, elle a fait une fausse couche de cinq mois; un an après, le 17 avril 1893, deuxième fausse couche de trois mois et demi. Peu de temps après cette dernière, elle eut des pertes blanches, épaisses, verdâtres, tachant le linge et accompagnées de douleurs pendant la miction.

Au commencement de juillet, elle fut prise de pertes rouges à peu près continues et augmentant d'une manière notable à l'époque des règles. Vers le milieu du mois d'août, elle eut une perte brusque très abondante, dans laquelle on aurait trouvé un fœtus. Elle prit le lit au moment de cette perte. En fin septembre, lorsqu'elle commença à se lever, elle eut une deuxième perte dans laquelle on aurait trouvé un délivre. Depuis cette époque, elle perd d'une manière continue, abondamment, et entre à l'hôpital dans un état d'anémie profonde.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ; la mère est morte à 37 ans d'une affection respiratoire aiguë, le père est vivant et bien portant.

Du col très dilaté, large comme une pièce de 5 francs, arrondi, en forme d'anneau élastique, émerge une masse arrondie, saillante dans le vagin, molle, pulpeuse, en partie sphacélée, s'effritant et se déchirant sous la pression de l'ongle.

Le 27. Nous curettons cette masse après avoir détaché d'un coup

---

(1) ANNA KLASSON. Contribution à l'étude des faux polypes de l'utérus. *Annales de gynécologie*, Paris, 1889, t. I, p. 105 et p. 191.

sa plus grande partie. Le doigt introduit dans l'utérus constate que la plus grande partie de la face interne de son corps est tapissée par une masse inégale, friable, demi-molle, que la curette gratte et détache bien qu'avec quelque peine. Nous ne nous arrêtons que lorsque toute la face interne de l'utérus nous semble lisse et régulière, lorsque surtout la curette donne le cri utérin. Tamponnement avec un cerf-volant de tampons iodoformés.

La masse principale enlevée a le volume d'une mandarine ; elle est sphacélée à son extrémité, molle, d'une couleur rouge noir, ressemblant à une sorte d'éponge infiltrée de sang caillé dans la plus grande partie de son étendue, grisâtre, friable, d'apparence sarcomateuse au voisinage de son implantation.

L'examen microscopique a porté sur la portion intermédiaire.

Sur des coupes faites après durcissement dans l'alcool, on voit que la plus grande partie de la coupe est occupée par un épanchement sanguin ; et au milieu de caillots on voit soit des tractus fibrineux, soit des bandes conjonctives en forme de larges villosités.

De ces villosités les unes sont coupées suivant leur longueur, d'autres perpendiculairement à leur axe. Ce qu'elles présentent de remarquable, c'est qu'on ne voit que très rarement de vaisseau central, ce n'est qu'exceptionnellement que l'on trouve au milieu d'une villosité coupée perpendiculairement à son axe la lumière d'un vaisseau dont la paroi d'ailleurs est nettement accusée et assez épaisse. Le tissu fondamental, ainsi qu'on peut le constater à l'aide d'un fort grossissement, est constitué par des fibres-cellules dont les noyaux sont dirigés parallèlement, au moins dans la plupart des cas. Ces noyaux sont assez volumineux, elliptiques mais nullement allongés, comme les noyaux des fibres lisses ; il s'agit bien de fibres conjonctives. Ces éléments cellulaires ne sont pas extrêmement abondants, ils ne sont pas au contact les uns des autres ; il y a entre eux une substance cellulaire hyaline renfermant à peine quelques granulations très fines. Les vaisseaux, avons-nous dit, ne sont pas nombreux et ils ont des parois assez épaisses.

A la périphérie des villosités on aperçoit une couche de tissu conjonctif fibrillaire condensée contenant très peu de noyaux et formant une sorte de membrane limitante à la surface de laquelle on ne trouve ni épithélium ni grandes cellules.

Nous avons dit que l'on voyait ces villosités baignant pour ainsi dire au milieu de caillots sanguins ; d'autres fois, elles sont rapprochées les unes des autres, arrivent à se toucher. Quand plusieurs de ces villosités, ayant une direction parallèle, sont coupées perpendiculairement à leur axe, les sections arrondies laissent entre elles des espaces triangulaires qui sont remplis



FIG. 2. — Déciduome bénin.

par de grosses cellules muqueuses à prolongements anastomosés, n'ayant que très vaguement l'aspect des grosses cellules déciduales.

Les suites de l'intervention ont été des plus simples, l'apyrexie complète. Les pertes ont cessé immédiatement et la malade a pu quitter l'hôpital le 9 novembre, son état général s'étant déjà notablement amélioré.

Le 24 février 1894, nous la revoyons ; aucun écoulement sanguin n'a reparu depuis l'opération ; les règles ne sont pas encore revenues. La santé générale est excellente. En avril 1895 la malade est toujours en bonne santé.

Il ne s'agit pas ici d'un simple placenta resté adhérent ; le volume même de la tumeur le démontre. L'examen histo-

logique donne du reste des résultats très différents de ceux de l'étude du placenta resté adhérent et sclérosé que nous avons donnée plus haut.

Comme dans le placenta adhérent et resté vivant, les villosités ont conservé leur forme régulière et présentent à leur surface quelques cellules déciduales ; le vaisseau central de la villosité a bien des parois épaisses et un calibre très petit comparé à la zone de tissu conjonctif qui l'entoure, mais nulle part le vaisseau n'est oblitéré ; il ne s'agit pas, comme dans le placenta adhérent, d'un tissu en voie de régression et en transformation fibreuse. C'est un tissu en voie d'évolution, mais en voie d'évolution lente, les éléments qui le constituent atteignant leur complet développement; c'est une tumeur, mais c'est une tumeur qui est développée dans la cavité utérine sans infiltrer sa paroi. C'est une tumeur qui ne récidive pas après ablation. (Notre malade est en parfait état après seize mois écoulés.) C'est une tumeur du placenta, c'est un déciduome, mais c'est un *déciduome bénin* (1), dénomination qui résume en un mot tous les caractères cliniques et anatomiques de cette variété de tumeur.

La simple dilatation suivie de l'ablation intra-utérine du néoplasme permettra de guérir la malado. L'hystérectomie, faite du reste avec succès par M. Lejars dans un cas de cet ordre, est inutile.

Dans une autre catégorie de cas, les villosités choriales végètent franchement ; elles poussent des prolongements latéraux recouverts de cellules mal segmentées, pourvues de nombreux noyaux. La substance intermédiaire au vaisseau central et au revêtement de la villosité, diffère suivant les cas ; tantôt c'est un tissu muqueux qui devient liquide à

(1) Cette dénomination de *déciduome bénin* a été donnée à tort par M. Goret à des placentas adhérents et sclérosés, n'évoluant en rien dans le sens néoplasique. (GORET. *De la rétention prolongée de l'arrière-faix après l'avortement; déciduome bénin.* Thèse de Paris, 1893-1894, n° 475.)

la dernière phase de l'évolution, tantôt c'est un tissu embryonnaire sarcomateux. Dans le premier cas, on a affaire à la *môle hydatiforme;* dans le deuxième, on se trouve en présence de cette variété de tumeurs récemment étudiée par les gynécologistes allemands sous celui de *déciduome malin*, de sarcome chorio-décidual, etc.

Dans cette dernière variété, le tissu embryonnaire de la villosité envahit le vaisseau central, infiltre le muscle utérin et se généralise aux autres organes si la mort n'est pas survenue du fait des hémorrhagies avant ce stade de généralisation. Malgré la bénignité habituelle de l'une de ces tumeurs et la malignité de l'autre, il y a entre elles les plus grandes analogies au point de vue anatomo-pathologique. Ces rapports se retrouvent en clinique, car nous voyons du reste Nové-Josserand et Lacroix relever sur 9 cas de déciduome malin, 3 cas de môle hydatiforme antérieure.

Môle hydatiforme. — Nous ne nous arrêterons pas à décrire l'évolution et l'anatomie macroscopique de la môle hydatiforme. Ce sont choses aujourd'hui bien connues (1). Sa structure intime ayant fait l'objet de moins de travaux, nous donnerons en détail l'étude histologique d'une pièce de môle hydatiforme que nous avons eu l'occasion d'examiner.

Obs. III. — *Môle hydatiforme.* — Dans la môle hydatiforme on retrouve comme tissu fondamental la villosité placentaire composée d'un vaisseau central entouré d'éléments conjonctifs variés

(1) Nous citerons, parmi les travaux publiés dans ces quinze dernières années sur la môle hydatiforme : Duchamp. *Des altérations des villosités choriales*, thèse d'agrégation, Paris, 1880. — Migliaressi. *Contribution à l'étude de la dégénérescence kystique des villosités choriales*, thèse de Paris, 1893-1894, n° 337. — Kehrer. Ueber Traubenmolen. *Archiv für Gynækologie*, Berlin, 1894, t. XLV, p. 478. Ce dernier auteur rejette la théorie du myxome des villosités choriales émise par Virchow. Suivant lui, il s'agit de végétations du tissu conjonctif et de l'épithélium des villosités avec conservation de la forme embryonnaire primitive, et non d'un néoplasme myxomateux secondaire.

avec une substance intercellulaire plus ou moins abondante, le tout étant enveloppé par une couche protoplasmique dans laquelle on distingue des quantités de noyaux sans qu'il soit facile d'établir de séparation nette entre les cellules.

On peut distinguer trois types principaux de villosités dans la môle hydatiforme.

Dans une première variété, la villosité est filiforme à l'œil nu, le vaisseau central a une paroi nette, il contient des globules rouges en assez grande quantité; mais ce qui la caractérise surtout c'est le grand nombre de cellules muqueuses interposées entre le vaisseau central et la couche protoplasmique enveloppante; les noyaux de ces cellules sont rapprochés les uns des autres, les prolongements protoplasmiques s'anastomosent très nettement et la substance intercellulaire, contenant à peine quelques granulations, est peu abondante.



Fig. 3. — Villosité filiforme de la môle hydatiforme.

La seconde variété de villosités est caractérisée par l'élargissement considérable du vaisseau central dont les parois sont maintenant moins nettement limitées, les globules rouges ont à peu près disparu, le vaisseau renferme des globules blancs en assez grand nombre, mais il est surtout rempli par une matière granuleuse coagulée par les réactifs durcissants.

Les éléments muqueux se font plus rares à la périphérie du vaisseau, les prolongements anastomotiques qui réunissent les cellules voisines forment un réseau à mailles très larges, et l'on trouve comme substance interposée la même matière amorphe granuleuse qui remplit en partie la cavité du vaisseau.

La troisième variété comprend les villosités dans lesquelles la dilatation vasculaire est poussée à l'extrême; ici il n'y a plus guère de nettement distinct que la couche protoplasmique enveloppante, qui repose sur une mince lame conjonctive. Tout l'intérieur de la villosité est rempli d'une matière amorphe granuleuse

au milieu de laquelle on aperçoit çà et là quelques cellules embryonnaires ou muqueuses.

Ces trois variétés ne sont en somme que les diverses étapes par lesquelles passe chaque villosité en prenant cet aspect kystique tout particulier qui la fait ressembler à un véritable grain de raisin.

Nous avons jusqu'ici laissé de côté la couche protoplasmique enveloppante. La pièce, que nous avons examinée, n'avait malheureusement pas été suffisamment bien fixée pour qu'on pût en étudier tous les détails. Elle offre d'ailleurs à peu près les mêmes caractères sur toutes les villosités; c'est la même couche protoplasmique plus épaisse pourtant dans les villosités filiformes. Çà et là on voit se détacher d'énormes éléments arrondis avec deux ou trois noyaux, éléments qui sont retenus à la couche principale par une portion de protoplasma rétrécie, une sorte de pédicule. D'autres fois ce sont des prolongements plus importants qui partent de la couche enveloppante, de véritables villosités filles, dans lesquelles pourtant on ne voit pas encore apparaître de vaisseaux. Ces sortes d'excroissances secondaires se perçoivent au niveau de toutes les villosités.



Fig. 4. — Pointe d'accroissement d'une villosité myxomateuse.

En résumé, la môle hydatiforme nous semble correspondre à une *dégénérescence myxomateuse des villosités choriales.*

Ordinairement limitée à la formation de tumeurs vésiculaires saillantes dans la cavité utérine, la môle hydatiforme peut exceptionnellement s'étendre en profondeur et s'infiltrer dans l'épaisseur du muscle utérin, le détruisant et se substituant à lui. C'est la *môle perforante*, dont Volkmann (1), Waldeyer (2) et Krieger (3) ont publié des exemples.

(1) Volkmann. Interstitiell destruirende Molenbildung. *Arch. f. path — Anat.*, 1868, t. XLI, p. 528.

(2) Jarotzky u. Waldeyer. *Ibidem*, t. XLIV, p. 88.

(3) Krieger. *Berlin. Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, t. I, p. 10.

Tandis que l'ablation des végétations kystiques, saillantes dans la cavité utérine, suffit pour guérir la môle vulgaire, le curettage est, dans la môle hydatiforme perforante, suivi de la reproduction des hémorrhagies et la malade meurt, soit d'hémorrhagies, soit de péritonite. Aussi, en pareil cas, est-on autorisé à recourir à l'hystérectomie vaginale, la seule opération qui permette de guérir la malade.

Sarcome chorio-cellulaire. — Variété rare et tout à fait spéciale dans son évolution, le sarcome chorio-cellulaire a été principalement étudié en Allemagne sous le nom de déciduome malin. En France, le travail le plus important est celui publié par Nové-Josserand et Lacroix dans ce même journal (1). Notre observation personnelle, dont la pièce a été présentée à la Société de chirurgie il y a plus d'un an, constitue le premier cas publié à Paris.

Comme dans la môle hydatiforme, la villosité du sarcome chorio-cellulaire pousse des prolongements, des sortes de pointes d'accroissement qui déforment la villosité, mais son tissu interstitiel est très différent. Au lieu d'être, comme dans la môle hydatiforme, un tissu muqueux évoluant lentement, ne s'infiltrant qu'exceptionnellement dans l'épaisseur du muscle utérin, c'est un tissu jeune, embryonnaire, qui ne tarde pas à s'infiltrer dans l'épaisseur du muscle utérin et même dans les vaisseaux, se généralisant à lui. Aussi comprend-on facilement que l'hystérectomie vaginale précoce soit la seule ressource de traitement. Elle a donné en France deux succès entre les mains du professeur Fochier de Lyon, puis entre celles du professeur Jeannel de Toulouse. Une malade, opérée par Gottschalk, est morte, sept mois après l'hystérectomie vaginale, de métastases multiples.

(1) NOVÉ-JOSSERAND et LACROIX. Sur le déciduome malin. *Annales de gynécologie*, Paris, 1894, t. I, p. 100, 216 et 317. — Ce travail contient la mention du plus grand nombre des observations publiées, on peut y ajouter : GOTTSCHALK. *Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1894, t. XLVI, Heft. I, p. 1. — KOETTNITZ. *Deutsch. med. Woch.*, 1893, p. 497. — KLEIN. *Arch. f. Gyn.*, 1894, t. XLVII, p. 243. — MENGE. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Stuttgard, 1894, t. XXX, p. 323. — SCHAUTA. *Centralblatt f. Gyn.*, 1895, p. 248.

La rareté des observations publiées nous engage à reproduire ici l'observation de la malade, que nous avons suivie jusqu'à sa mort, déterminée par des hémorrhagies incoercibles.

Obs. V (rédigée pour la partie clinique, d'après les notes recueillies par M. Beach, externe du service). — M. V..., 25 ans, journalière, entre le 23 mars 1893 dans le service du professeur Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 1.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement et sans douleurs. Les règles, peu abondantes, durent de cinq à sept jours. Mariée à 23 ans, elle accoucha, il y a dix-huit mois, d'un enfant à terme. Rien à signaler dans la grossesse, ni dans les suites de couches. Bien qu'elle eût nourri son enfant jusqu'en septembre dernier, elle fut réglée d'une manière régulière pendant les six derniers mois de cet allaitement. Les règles ont manqué pendant les mois de septembre, octobre et novembre.

Le 15 septembre, elle fut prise d'une métrorrhagie très abondante qui dura huit jours puis diminua peu à peu, sans cependant avoir jamais cessé complètement. Aucune douleur. La malade n'a gardé le lit que pendant les premiers jours de sa métrorrhagie, et à cause de l'abondance de l'hémorrhagie.

Jusqu'aux premiers jours de mars, la malade conserva simplement un petit suintement sanguin, mais, à ce moment, les métrorrhagies reparurent, abondantes et accompagnées de frissons. Elle se présenta alors à la consultation de l'hôpital, où on lui conseilla de garder le lit.

Après quinze jours d'alitement, les pertes continuant toujours abondantes, elle demanda à entrer dans le service.

A ce moment, elle ne perd que très peu, mais le deuxième soir qui suit son arrivée elle est reprise de métrorrhagie. Pensant à une endométrite hémorrhagique, suite d'avortement, l'interne commence la dilatation utérine le 26 mars. Il la continue le 27 et le 28. Le soir du 28 la malade a 40°,3. L'interne enlève le tamponnement et retire des débris placentaires.

Le matin du 29, la malade ayant encore 40°,1 il fait un curettage, à la suite duquel la température tombe à 37°.

Les débris placentaires enlevés auraient été assez volumineux ; ils n'ont malheureusement pas été gardés, et nous ne pouvons

confirmer par l'examen histologique l'idée que nous avons qu'il s'agit d'un déciduome.

Le 7 avril, les métrorrhagies recommencent, d'abord peu abondantes, puis augmentant peu à peu.

Le 18, les pertes continuant, on recommence la dilatation avec des laminaires.

L'écoulement sanguin continue malgré les laminaires, et le 21 il nécessite même un tamponnement iodoformé du vagin.

Le 23, le tamponnement est percé et renouvelé.

Le 24, nous constatons que le corps de l'utérus augmenté de volume se perçoit au-dessus du pubis, et qu'à gauche de lui on trouve, allant de la partie interne de la fosse iliaque jusque dans l'excavation, une tumeur arrondie, dure, un peu plus sensible à la pression que le corps même de l'utérus, indolent. En présence des pertes répétées, de l'inefficacité du tamponnement, de la dilatation et de l'anémie extrême de la malade, nous proposons à notre maître le professeur Terrier de faire une hystérectomie vaginale, et d'enlever en même temps l'utérus, très probablement siège d'un déciduome malin, et la tumeur juxtaposée à gauche. Cette idée étant acceptée, la malade doit être purgée le lendemain et opérée le surlendemain.

Mais, dans la journée du 25, elle est prise de nausées, de vomissements et d'une perte très abondante. Le sang traverse le tamponnement et les draps du lit. M. Beach, élève du service, retire le tamponnement, enlève du vagin de gros caillots sanguins et une masse plus ferme, brunâtre, qui ressemble à du placenta. Pendant qu'il refait un nouveau tamponnement, la malade a une syncope. Piqûre d'éther.

D'autres vomissements reviennent dans la soirée ; la malade a des sueurs abondantes. Le tamponnement est de nouveau traversé. Piqûre d'ergotine. L'hémorrhagie continue. Le pouls devient filiforme ; la malade a des sueurs, des tintements et des sifflements d'oreilles.

A minuit et demi, le pouls est à peine perceptible. On fait deux piqûres d'ergotine et une transfusion de 1,800 grammes de sérum dans la saphène interne droite. Le pouls devient immédiatement meilleur, mais le saignement continue malgré de nouvelles piqûres d'ergotine, et la malade meurt le 26, à 5 heures du matin.

Autopsie. — Nous ne pouvons malheureusement faire une autopsie complète, et nous sommes obligé de nous borner à l'ablation de l'utérus et des annexes. A droite, il existe des lésions inflammatoires légères de la trompe et de l'ovaire ; à gauche, la trompe, distendue par une collection purulente, adhère à la paroi

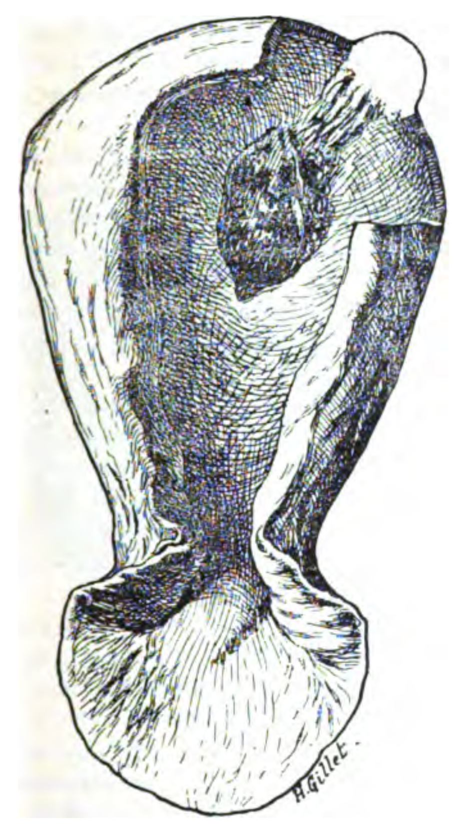


Fig. 5. — Sur cette figure, on voit, partant du débris intra-utérin, simulant un débris placentaire, une traînée néoplasique qui aboutit à la formation d'un nodule saillant sur la face externe.

de l'excavation et à l'anse oméga. L'utérus est augmenté de volume.

Vu par sa face externe, on constate à sa surface deux bosselures arrondies, du volume d'une petite noisette. L'une de ces bos-

selures fait saillie sur le fond même de l'utérus, près de la corne gauche ; la deuxième est un peu plus à gauche, sur la face postérieure. Ces deux bosselures sont régulièrement hémisphériques. Leur surface est lisse, leur couleur un peu plus blanche que celle du tissu utérin. A leur périphérie on voit une couronne de fines arborisations, rappelant celles que l'on voit à la périphérie de certaines bosselures cancéreuses envahissant la peau.

L'utérus ouvert, on voit, appendue sur sa paroi postérieure, près de son fond et de la corne gauche, une masse rouge, noirâtre, ressemblant à un débris de placenta.

Lorsqu'on fait une coupe de la paroi utérine, on voit que les bosselures extérieures sont formées par un tissu gris blanchâtre, assez uniforme, pulpeux, plus mou que le tissu utérin, s'enlevant par petits fragments avec l'ongle. Ce tissu se continue à travers le muscle utérin jusqu'à l'insertion du débris, d'apparence placentaire, duquel partent, par conséquent, deux cylindres néoplasiques affectant une disposition en Y, pour rejoindre les bosselures externes qu'elles constituent.

Examen histologique. — Nous avons examiné des coupes provenant des gros nodules infiltrés dans l'épaisseur même de la paroi utérine, et faisant nettement saillie au niveau de la paroi externe sans cependant que cette paroi ait été rompue. Nous avons étudié ensuite les saillies que l'on trouvait dans l'intérieur de la cavité, et les modifications que la muqueuse avait subies au niveau et aux environs des végétations.

Les nodules infiltrant la paroi utérine sont pour la plupart arrondis, ils semblent nettement développés dans les sinus utérins, et là où ils sont encore petits on voit nettement la paroi veineuse élargie, distendue, qui les limite.

Le noyau néoplasique semble formé par l'adjonction de végétations arborescentes, à pédicule mince s'élargissant ensuite, s'allongeant et se contournant plus ou moins, et se terminant par des expansions arrondies contiguës les unes aux autres.

Si l'on examine une de ces végétations, on voit qu'elle est constituée par un vaisseau central qui lui sert pour ainsi dire de charpente ; la portion contiguë au vaisseau est formée par des éléments conjonctifs assez volumineux possédant un ou deux noyaux se colorant fortement par la safranine ; dans quelques éléments, les noyaux se colorent en bloc, formant une petite

masse fortement réfringente, comme dans les cellules mortifiées. On ne voit pas de fibrilles conjonctives entre ces éléments embryonnaires : la substance qui les sépare est une matière amorphe granuleuse.

A la périphérie des végétations, on observe des éléments spéciaux extrêmement volumineux, leur formant une sorte de revêtement et se présentant sous différents aspects. Tantôt on trouve une sorte de membrane continue ayant une épaisseur régulière,

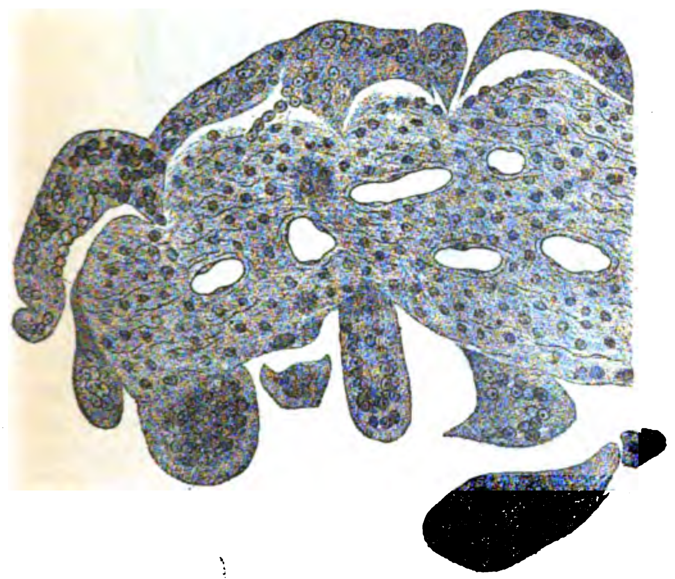


FIG. 6. — Sarcome chorio-cellulaire.
(D'après un dessin du professeur CORNIL.)

et renfermant souvent un nombre considérable de noyaux : vingt et ving-cinq, sans qu'il y ait de délimitation de cellules ; cet aspect est celui que l'on observe le plus fréquemment sur les végétations arrivées à leur période de développement complet. Émanant de cette membrane de revêtement, on voit partir des végétations secondaires qui apparaissent d'abord sous forme de masses protoplasmiques arrondies, en massue quand elles ont un espace libre devant elles, allongées ou effilées quand elles pénètrent dans un tissu plus dense. Ces expansions protoplasmiques

contiennent un nombre considérable de noyaux : quand on les examine à l'aide d'un fort grossissement, on voit à leur périphérie des prolongements amorphes granuleux en forme d'épines : ce





FIG. 7. — Pointes d'accroissement du sarcome chorio-cellulaire (d'après un dessin du professeur CORNIL).

sont de véritables pointes d'accroissement. Quand ces expansions ont acquis un certain volume, on les voit se creuser d'une cavité vasculaire, puis la membrane périphérique se condense, s'aplatit,

et les éléments embryonnaires s'interposent entre elle et le vaisseau dont la paroi est toujours très mince. Les végétations peuvent parfois acquérir un grand développement, sans qu'il y ait de tissu embryonnaire entre le vaisseau et la paroi de revêtement; dans certaines portions du néoplasme, cette variété domine, les végétations s'unissent et forment une sorte de réticulum dont les mailles sont limitées par ces bandes de protoplasma parsemées de nombreux noyaux qui constituent le revêtement des grosses végétations.

Quand la section passe par l'extrémité d'une des expansions protoplasmiques en forme de massue, on comprend facilement comment il se fait qu'on trouve une immense cellule géante à forme arrondie, contenant 40 ou 50 noyaux ; d'autres fois on a une figure analogue, mais avec une cavité centrale. Ces différents aspects s'expliquent aisément.

Les végétations qui se sont développées du côté de la cavité utérine offrent la même structure que celles que nous venons de décrire. Les expansions terminales sont simplement plus larges, la paroi de revêtement manque parfois, et la surface est formée par du tissu embryonnaire. Dans certaines végétations il s'est formé des hémorrhagies interstitielles ; de même aussi dans certains noyaux intrapariétaux. Nulle part à la surface de ces villosités on ne retrouve l'épithélium cylindrique à cils vibratiles de la muqueuse utérine normale.

Si l'on examine au contraire la muqueuse, dans la portion correspondante à un noyau néoplasique sous-muqueux, on voit que cette membrane est considérablement épaissie, et de plus qu'elle présente des prolongements villeux souvent très longs. L'épithélium se retrouve ici par endroits le long de ces prolongements, il est formé d'une couche unique de cellules ayant leurs caractères normaux. Les modifications de la muqueuse siègent donc surtout dans la couche sous-épithéliale qui présente une épaisseur considérable et se trouve formée d'éléments embryonnaires. Les noyaux néoplasiques en certains endroits arrivent très près de la surface utérine de la cavité, et nous croirions volontiers que les masses saillantes dans la cavité utérine se sont développées primitivement dans l'épaisseur de la paroi et ont plus tard fait irruption au travers de la muqueuse.

L'envahissement semble se faire par les vaisseaux; on voit, en

effet, sur certaines coupes longitudinales du tissu utérin, des villosités allongées qui occupent la lumière du vaisseau ; sur des coupes perpendiculaires on voit des sinus dilatés renfermant une sorte de coagulum granuleux, avec des éléments embryonnaires en assez grande quantité ; puis au milieu de ce coagulum, une cellule géante renfermant de dix à douze noyaux ; cette cellule semble provenir de la section d'une de ces saillies protoplasmiques renfermant de nombreux noyaux, comme celles que nous avons décrites à la surface des végétations dans les gros noyaux.

Dans ce cas, la nature de la tumeur n'est pas douteuse; il s'agit d'un néoplasme d'origine choriale; la disposition du tissu en villosités rappelant la disposition générale des villosités choriales le prouve. Si, d'autre part, nous remarquons combien le tissu néoplasique a de vitalité, combien il infiltre profondément le muscle utérin, nous ne pouvons nous empêcher de voir là les caractères d'une tumeur maligne.

L'infiltration embryonnaire des villosités opposée à l'infiltration de celles-ci par du tissu muqueux dans la môle hydatiforme, fait que nous pouvons envisager ces deux tumeurs l'une comme un *sarcome*, l'autre comme un *myxome des villosités choriales*. La différence dans l'évolution de ces deux variétés de tumeurs, envisagée indépendamment de leur siège et d'une manière générale, nous explique parfaitement les différences qui existent entre le pronostic essentiellement bénin de l'une et la malignité de l'autre. La formation successive d'une môle hydatiforme et d'une de ces tumeurs généralement décrites aujourd'hui sous le nom de déciduome malin n'a d'autre part rien qui doive nous étonner, la transformation d'un myxome en un myxosarcome étant parfaitement compréhensible.

Un des caractères de ces sarcomes chorio-cellulaires, c'est la rapidité avec laquelle la tumeur repullule après le curettage, présentant toujours des caractères qui, à l'œil nu, rappellent le tissu du placenta, mais en différant considérablement lorsqu'on recourt à l'examen microscopique.

Cette dernière variété de tumeurs est de beaucoup la plus

grave de toutes celles qui naissent aux dépens du placenta retenu.

En résumé, nous voyons que placenta retenu et scléreux, déciduome bénin, môle hydatiforme et sarcome chorio-cellulaire présentent des caractères communs en même temps que des différences anatomo-pathologiques importantes qui expliquent les différences de leur évolution et de leur pronostic.

Toujours, il s'agit de malades ayant avorté ou accouché un temps plus ou moins long auparavant ; toujours on retrouve, à l'examen histologique, des villosités choriales qui indiquent nettement la nature de la lésion.

Dans le placenta resté adhérent et vivant et dans le déciduome bénin, la villosité a conservé sa forme régulière ; elle est simplement plus épaisse et plus dense que normalement ; le vaisseau, qui en occupe le centre, a des parois épaisses et un calibre très petit, lorsqu'on le compare à la zone de tissu conjonctif qui l'entoure ; à sa périphérie on ne trouve pas une couche régulière de cellules, mais cependant sur les coupes, lorsque plusieurs villosités laissent entre elles un espace triangulaire assez large, on y voit de grands éléments, ayant deux, trois et même quatre noyaux. Le placenta resté adhérent se caractérise par ce fait que la trame de la villosité est presque uniquement du tissu fibreux contenant de très rares noyaux, et par cet autre que des vaisseaux sont complètement oblitérés, tandis que dans le déciduome bénin on trouve de nombreuses fibres-cellules et que les vaisseaux ne sont pas aussi atrophiés.

Dans la môle hydatiforme et dans le sarcome chorio-cellulaire, les villosités sont recouvertes d'une couche protoplasmique mal segmentée, avec de nombreux noyaux ; ces villosités présentent par endroits des prolongements, constitués par une sorte de saillie de cette couche enveloppante dans laquelle pousse ultérieurement un vaisseau. Ces deux tumeurs diffèrent par la nature du tissu qui sépare le vaisseau central de la couche enveloppante. Muqueux, puis

liquide à la dernière phase de son évolution dans les villosités de la môle hydatiforme, il est embryonnaire et évolue comme les sarcomes embryonnaires les plus malins dans le sarcome chorio-cellulaire.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SALPINGITE BLENNORRHAGIQUE

Par **Émile Reymond**, interne des hôpitaux.

I. — Distribution des gonocoques dans les tissus.

Nos examens de salpingites blennorrhagiques ne nous ont jamais permis de découvrir de gonocoques ailleurs que dans le pus et à la surface de la muqueuse; mais comme certains auteurs pensent en avoir vu dans les couches profondes, nous allons étudier successivement dans la salpingite blennorrhagique : 1° le pus, 2° la muqueuse, 3° la musculeuse, 4° le péritoine, 5° le tissu ovarien.

a) *Pus.*

Westermark (1) paraît avoir le premier reconnu de façon précise la présence du gonocoque dans le pus d'une trompe. Orthmann (2) en a publié une observation peu de temps après.

Depuis lors, les auteurs allemands ont bien souvent constaté la présence du gonocoque dans le pus des trompes. Witte (3) le trouve 7 fois sur 39 cas ; Zweifel (4), 8 fois sur 34 cas ; Döderlein, 8 fois ; Carsten (5), 1 fois sur 8 cas ; Schmitt (6), et Stermann, une fois chacun; Wertheim (7),

---

(1) Westermark. *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 10, p. 157.

(2) Orthmann. *Berlin. klin. Woch.*, 1887, p. 236.

(3) Witte. *Centr. f. Gyn.*, 11 juin 1892.

(4) Zweifel. *Arch. f. Gyn.*, 1891, t. XXXIX, p. 371.

(5) Carsten. *Zeitschr. f. Geb.*, 1890, t. XXI, p. 214.

(6) Schmitt. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, Heft. 1, p. 162.

(7) Wertheim. *Arch. f. Gyn.*, 1892, t. XLII, p. 1. *Sammlung klin. Vortr*, 1894, n° 100.

33 fois sur 116 cas ; Schauta (1), dans sa clinique, 23 fois sur 90 cas ; Menge (2), 3 fois sur 26 cas ; Reichel, une fois ; Prochownick, 2 fois sur 52 cas. Hartmann et Morax (3) ont trouvé 13 fois des gonocoques sur 33 salpingites suppurées.

Dans le pus blennorrhagique d'une salpingite encore récente, les leucocytes qui contiennent les groupes de gonocoques sont augmentés de volume : les cellules épithéliales qui en possèdent, sont aussi plus volumineuses. De rares gonocoques se trouvent entre les cellules.

Quant au pus d'une salpingite récente, qu'on fait sourdre en pressant sur le pavillon, son aspect ressemble à s'y méprendre à celui du pus blennorrhagique uréthral.

b) *Muqueuse.*

Les recherches des gonocoques dans les coupes sont fort délicates, étant donnée la difficulté avec laquelle ce microbe garde la matière colorante. Un seul procédé nous a donné de bons résultats, c'est le procédé de coloration au bleu de méthylène et au tannin pur de M. Nicolle ; Morax avait déjà souvent employé cette méthode en 1893 dans le laboratoire du service de M. le professeur Terrier ; c'est sur une de ses préparations qu'a été copiée la figure ci-jointe (page 308); elle donne une idée de la disposition que nous avons le plus souvent rencontrée.

Le revêtement épithélial de la muqueuse (*m*) a disparu par places, laissant à nu le tissu conjonctif ; en d'autres points, cet épithélium est remplacé déjà par des cellules de forme souvent irrégulière ; la desquamation épithéliale ne paraît pas se faire par lambeaux, mais les cellules tombent isolément dans la lumière. Des leucocytes remplissent les franges,

---

(1) SCHAUTA. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. XLIV, Hft. 3, p. 574.

(2) MENGE. *Med. Anzeig. zum Centralbl. für d. Ges. med.*, 13 septembre 1890, et *Centralbl. f. Gyn.*, 1890, p. 81.

(3) HARTMANN et MORAX. *Ann. de Gyn.*, juillet 1894.

se montrent très nombreux sous l'épithélium, passent entre les cellules épithéliales pour tomber dans la lumière. La surface de l'épithélium est revêtue d'une couche purulente adhérente, et qui a été fixée dans l'inclusion (*p*). Cette couche se compose d'un grand nombre de leucocytes et de quelques cellules épithéliales desquamées.

C'est dans cette couche que se trouvent les gonocoques;

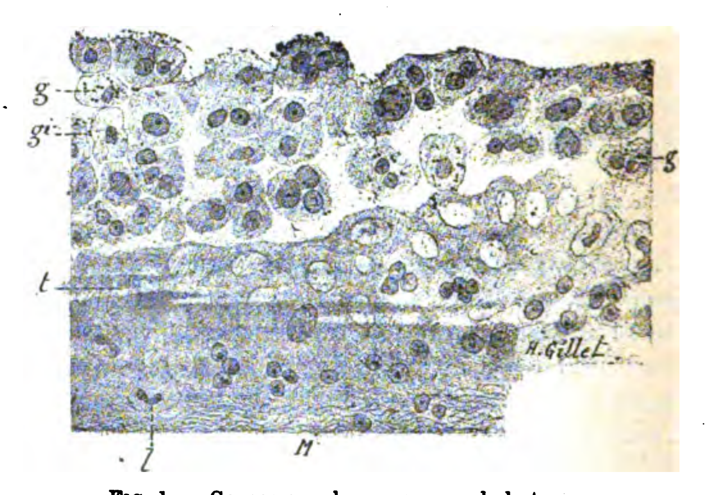


Fig. 1. — Gonocoques dans une coupe de la trompe.

M., muqueuse ; *P.*, couche de pus adhérente à la muqueuse ; *l.*, leucocytes dans la muqueuse ; *C.*, revêtement épithélial de la muqueuse ; les cellules ont perdu leur place, leurs formes et leurs dimensions ; cependant elles ne contiennent pas de gonocoques ; *g.*, gonocoques dans des leucocytes bordant la muqueuse ; on en trouve aussi dans des cellules épithéliales desquamées et tombées dans la lumière de la trompe.

on les voit dans les cellules épithéliales desquamées, dans les leucocytes, et aussi parfois entre les cellules (*g i*).

Nous n'avons que très rarement rencontré les gonocoques dans les cellules épithéliales non détachées ; plus rarement encore nous avons vu des leucocytes placés entre les cellules précédentes renfermer des gonocoques ; mais jamais nous n'avons pu en découvrir plus profondément.

Même si l'on croit avec Wertheim que les gonocoques peuvent se trouver dans les tissus, on ne peut s'empêcher d'être frappé par la différence que présentent les leucocytes suivant qu'ils sont en dedans ou en dehors de la lumière épithéliale ; c'est à partir du moment où ils ont franchi cette lumière qu'ils paraissent vraiment envahis par les gonocoques.

c) *Musculeuse.*

La couche musculaire est très congestionnée ; les vaisseaux sont nombreux et dilatés ; les lymphatiques sont distendus par les leucocytes appelés plus loin que la couche musculaire vers la surface libre de la muqueuse.

Les travaux de Wertheim (1), qui trouva des gonocoques dans cette couche musculaire, ont eu un grand retentissement en Allemagne, et par le fait, si ces recherches sont confirmées, il faut concevoir l'infection blennorrhagique de la trompe tout autrement que nous l'ont enseignée les travaux de Bumm (2).

Mais il est indispensable, pour se faire une idée de la question, de lire directement la publication de Wertheim. Si l'on s'en tient aux affirmations de ceux qui l'ont suivi, la question est d'une clarté absolue : Wertheim a vu les gonocoques sur toutes les coupes, dans toute l'épaisseur de la trompe ; les leucocytes en étaient remplis. En réalité, Wertheim s'exprime avec plus de réserve ; il dit cependant avoir vu des gonocoques dans la profondeur de la couche musculaire, mais il n'affirme pas que ce soit la règle.

Malgré la considération qui doit s'attacher au nom de cet auteur, on est un peu étonné, en lisant son ouvrage, de voir quelle méthode de coloration a pu lui donner d'aussi beaux résultats. Voilà trois ans que ceux-ci sont publiés et n'ont

---

(1) Wertheim. *Arch. f. Gyn.*, 1892, t. XLII, Heft. I.

(2) Bumm. *Arch. f. Gyn.*, 1887, t. XXXI, p. 48, et *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 469.

été, à notre connaissance, confirmés par personne. Nous avons, pour notre part, suivi la méthode de coloration qu'il indique, sans pouvoir aboutir au même résultat. En revanche, la méthode de Nicolle était un moyen mis à la portée de chacun de contrôler les recherches de Wertheim ; nous venons de voir qu'ils nous montrent une topographie des gonocoques tout à fait différente, et qui paraît bien correspondre avec les travaux de Bumm sur ce sujet.

d) *Péritoine.*

La péritonite localisée accompagnant la salpingite blennorrhagique ne peut être mise en doute : elle détermine la fermeture du pavillon, les adhérences de la trompe à l'ovaire, au péritoine voisin : c'est là un fait d'observation banale. La question délicate est de savoir comment survient cette péritonite. Est-elle consécutive à l'écoulement du pus par le pavillon ? Ou bien le péritoine est-il attaqué par sa face profonde à la suite d'une infiltration de gonocoques dans l'épaisseur des tissus de la trompe ?

Wertheim admet les deux hypothèses ; la seconde, disons-le de suite, nous paraît tout à fait inadmissible ; il faut, pour l'accepter, d'une part reconnaître que le gonocoque pénètre dans l'épaisseur des tissus jusque sous le péritoine, ce que Wertheim croit avoir constaté ; d'autre part, que ce péritoine se laisse infecter par sa face profonde et qu'une péritonite localisée à gonocoques se produit à ce niveau.

Or, si Wertheim a trouvé des gonocoques dans l'exsudat péritonéal avoisinant la trompe, il n'a jamais pu en découvrir dans le péritoine même, ce qu'il explique en disant que les pelvi-péritonites à gonocoques qu'on a l'occasion d'examiner ne sont pas de date assez récente.

Pour démontrer la possibilité de la péritonite gonococcique, Wertheim fait l'expérience suivante : Il prend une série de cobayes et avec tous les soins aseptiques voulus, il place dans leur péritoine une certaine quantité de culture

pure de gonocoques ; il y joint gros comme un pois, du milieu de culture sur lequel ils se sont développés ; d'autres cobayes n'ayant rien reçu dans le péritoine que du sang stérilisé, servent de contrôle : deux cobayes (un de chaque espèce) sont sacrifiés tous les jours à partir du lendemain ; au bout de vingt-quatre heures, Wertheim trouve sur les coupes un amas de leucocytes au niveau de l'inoculation : ces leucocytes contiennent des gonocoques qu'on retrouve dans le péritoine et même dans la couche musculaire ; l'inflammation augmente les jours suivants pour disparaître au cinquième jour ; on ne trouve plus alors trace de gonocoques.

L'auteur conclut que le cobaye est susceptible de présenter une péritonite localisée à gonocoques et qu'il doit en être de même chez l'homme.

Remarquons tout d'abord, que dans les expériences de Wertheim, on ne met pas seulement des gonocoques dans le péritoine, on met avec eux une certaine quantité du milieu de culture qui leur convient ; c'est aux dépens de cette substance qu'ils vont vivre, comme ils le faisaient avant *in vitro*, puisque la température de l'animal est à peu près celle qui leur convenait dans l'étuve.

La présence de leucocytes au point d'inoculation, leur trajet ensuite dans les couches profondes ne correspondent qu'à un travail de phagocytose, mais l'expérience de Wertheim ne démontre pas qu'un seul gonocoque se soit développé en dehors du milieu de culture qu'on lui a abandonné au moment de l'inoculation.

Sans nous attacher, pour notre part, à reprendre les expériences de Wertheim, qui paraissent irréprochables comme technique, nous avons cependant, à plusieurs reprises, placé dans le péritoine du cobaye le pus d'une salpingite dans laquelle nous avons trouvé des gonocoques : le résultat a toujours été le même : au point d'inoculation, nous avons trouvé une légère infiltration, comme celles que peuvent déterminer certains corps étrangers ; mais jamais nous n'avons trouvé de véritables péritonites même localisées.

Aussi, pensons-nous que cette pathogénie de l'inflammation du péritoine doit être laissée complètement de côté.

L'autre mode d'infection est bien suffisant pour expliquer la pelvi-péritonite blennorrhagique : par le pavillon encore ouvert, s'écoule dans le péritoine du pus contenant des gonocoques ; le péritoine va se comporter vis-à-vis du pus blennorrhagique au contact duquel il se trouve, non pas comme à l'égard d'un corps étranger inerte, mais comme à l'égard d'un microbe relativement inoffensif ; il ne s'en forme pas moins à ce niveau un exsudat qui pourra s'organiser et créer plus tard des adhérences très résistantes : Gerheim (1) compare ce processus à celui que détermine un acide sur le péritoine.

Les adhérences, les fausses membranes, les collections intra-péritonéales se trouvent presque toujours au voisinage du pavillon, ce qui s'explique très bien par l'écoulement du pus qui en sort et ne s'expliquerait pas du tout si le gonocoque atteignait le péritoine, en traversant la paroi de la trompe, sur tout le parcours de celle-ci.

e) *Ovaire.*

Si l'on admet, avec Luther (2), l'imprégnation par le gonocoque des tissus de toute la région péri-utérine, il faut penser comme cet auteur que l'ovaire est lui aussi infecté dans toute son épaisseur et que les abcès de l'ovaire sont dus à la présence du gonocoque dans les tissus. Malheureusement pour cette théorie, l'abcès de l'ovaire à gonocoques n'est pas encore démontré. Wertheim cite, il est vrai, un kyste purulent où l'on trouve des gonocoques ; nous ne savons si dans ce cas le kyste se trouvait en communication avec la trompe. Krug (3) a publié une observation d'abcès de l'ovaire consi-

(1) GERHEIM. *Med. Gesellsch.* Wurzb., 1888, t. XXI, p. 270.

(2) LUTHER. *Samml, klin. Vorträge.* Leipzig, 1893, p. 789.

(3) KRUG. *The Americ. Journ. of obst.*, septembre 1891, XXIV, p. 1448.

déré par lui comme blennorhagique, mais il n'est pas question d'examen bactériologique.

A part cette observation, et trois cas de Wertheim (1), les kystes purulents de l'ovaire qu'on a pu étudier, bactériologiquement, contenaient des micro-organismes autres que celui de Neisser: presque toujours il s'agissait de streptocoques.

Aussi voit-on avec surprise, Forster Scott (2), après avoir fait une distinction bien difficile à saisir entre l'ovarite parenchymateuse et l'ovarite interstitielle, déclarer sans hésitation que l'ovarite aiguë est toujours consécutive à une vaginite blennorrhagique.

Nous n'avons, pour notre part, jamais trouvé de gonocoques dans un abcès de l'ovaire, ni dans une coupe quelconque de cet organe ; nous n'avons même jamais vu de kyste de l'ovaire devenir purulent quand la salpingite était causée par le gonocoque à l'état de pureté.

Les lésions que nous avons trouvées du côté de l'ovaire sont les suivantes : sclérose de la périphérie pouvant s'expliquer par l'inflammation que détermine le pus en s'écoulant du pavillon, et formation de nombreux kystes folliculaires sous l'enveloppe scléreuse de l'ovaire.

VI. — Pathogénie

Luther (3) considère que trois voies sont admissibles pour expliquer la présence du gonocoque dans la trompe :

1° Continuité de la muqueuse ;

2° Contiguïté à travers les tissus ;

3° Voies sanguines.

L'infection par la voie sanguine lui paraît possible ; quant à l'infection par la voie lymphatique, il considère que ce doit

(1) Wertheim. *Arch. f. Gyn.*, 1892, t. XLII, p. 1.

(2) Forster Scott. *The Americ. Journ. of obst.*, juin 1894, p. 803.

(3) Luther. *Samml. klin. Vorträge*. Leipzig, 1898, p. 789.

être la plus fréquente ; Luther fait valoir de longues considérations pour expliquer cette préférence.

Ce que nous avons dit des tissus dans lesquels nous avons trouvé les gonocoques, nous dispense d'expliquer pourquoi nous pensons que la continuité de la muqueuse est à nos yeux la seule voie suivie par le gonocoque. Celui-ci va de la muqueuse utérine à la muqueuse des trompes, comme il va de l'urèthre à l'épididyme. Or, la muqueuse utérine est presque toujours atteinte au cours de la blennorrhagie. Steinschneider (1), chez 34 blennorrhagiques a trouvé 34 fois des gonocoques dans le col utérin.

Quant à la fréquence de l'infection gonococcienne au niveau des annexes, on tend de nos jours à l'augmenter d'une façon singulière. Lorsque Nöggerath émit ses opinions sur les conséquences de la blennorrhagie et la fréquence des salpingites, tout le monde y vit une exagération indiscutable; aujourd'hui ses théories sont largement dépassées par celles de Rosthorn (2) et autres ; le gonocoque joue un tel rôle dans l'infection des annexes qu'il ne reste plus de place aux autres micro-organismes. Dans une thèse récente, M. Camescasse (3) nous révèle que la fièvre puerperale est due le plus souvent au gonocoque, qui gagne ensuite les annexes.

Sans nier, comme le fait Baldy (4), toute salpingite consécutive à une blennorrhagie latente, nous pensons qu'on reviendra de l'engouement actuel pour le gonocoque, lorsqu'on s'astreindra à pratiquer des examens bactériologiques au lieu de suivre l'exemple de certains chirurgiens améri-

(1) STEINSCHNEIDER. *Berlin. klin. Wochen.*, 25 avril 1887, n° 27 ; SCHMITT *Arch. f. Gyn.*, 1889, t. XXXV, p. 162) trouve sur 116 cas d'infection gonorrhéique, 27 cas de propagation aux annexes ; dans 2 cas, huit jours après l'infection ; dans 3 cas quatorze jours ; dans 2 cas, de deux à huit semaines ; dans 2 cas, trois et cinq mois après.

(2) ROSTHORN. *Prag. medizinische Wochenschrift*, 13 janvier 1892, n° 2.

(3) CAMESCASSE. *Choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus*, Th. Paris, 1893.

(4) BALDY, de Philadelphie. *Gyn. transact.*, 1889, p. 402.

cains qui déclarent une annexite gonococcienne, uniquement parce que le mari de la malade a eu autrefois la blennorrhagie.

En revanche, il est une influence, créée par le gonocoque, encore mal connue, mais non douteuse ; il dispose les tissus à subir plus facilement une infection secondaire. Bumm (1) et Gerheim (1) ont depuis longtemps signalé les infections mixtes qui succèdent à une blennorrhagie pure. Le gonocoque agit-il dans ce cas en augmentant la virulence des autres micro-organismes, ou diminue-t-il seulement la résistance de la muqueuse ? Toujours est-il que nous aurons l'occasion d'étudier, à propos de chaque espèce, la facilité de développement qu'a pu lui procurer le gonocoque.

C'est pour les microbes non pathogènes, que cette influence est bien marquée : le microbe qui aurait été incapable de vivre seul dans la trompe, s'y développe à la suite du gonocoque ; c'est le même phénomène que celui des vieilles uréthrites où un microbe banal de l'urèthre prend un développement considérable à la fin de la blennorrhagie.

Cette influence du gonocoque sur les autres micro-organismes peut être délicate à interpréter, en particulier lorsqu'il s'agit du streptocoque. Si, en effet, ce dernier paraît voir son développement favorisé par la blennorrhagie, celle-ci, d'autre part, semble gagner les trompes volontiers après un accouchement (2). L'accouchement pourrait donc favoriser la production d'une salpingite pour deux raisons différentes : il facilite l'ascension des gonocoques ; ceux-ci facilitent le développement des streptocoques.

(1) Gerheim. *Ph. med. Gesell.* Wurzb., 1888, p. 270.

(2) Hartmann et Morax, *Ann. de gynéc.,* juillet 1894, ont trouvé que, sur 13 cas de salpingite blennorrhagique, 3 fois seulement il s'agissait de nullipares. Suivant eux, la blennorrhagie reste, chez la nullipare, souvent cantonnée au col de l'utérus, sans en dépasser l'isthme.

A PROPOS D'UNE STATISTIQUE « OFFICIEUSE » DE MORTALITÉ GÉNÉRALE DES ACCOUCHÉES

On lit, dans le *Bulletin municipal officiel de la ville de Paris* (mardi 9 avril 1895, p. 960. Compte rendu de la séance du Conseil municipal du lundi 8 avril) :

« M. PAUL STRAUSS. — J'ai eu communication d'une statistique officieuse pour le service d'accouchement pendant les neuf premiers mois de 1894.

Pendant cette période, la mortalité générale s'élevait, à la Maternité, à 1,65 p. 100, tandis qu'à la même époque le service voisin de M. le professeur Pinard, à la clinique Baudelocque, indiquait une proportion de 0,37 p. 100.

M. DESCHAMPS. — Cela s'explique facilement quand on a visité les locaux.

M. PAUL STRAUSS. — C'est absolument vrai. Pendant ce même temps, dans le service du Dr Budin, à la Charité, la mortalité était de 0,08 p. 100. »

Les chiffres de la statistique « officieuse » communiquée à M. Strauss sont faux. Je laisse à d'autres le soin de le démontrer pour ce qui concerne la Maternité (1) et de rechercher

(1) Ils auront beau jeu pour le faire car voici la statistique de la Maternité pour l'année 1894.

Sur 2,367 accouchements, 27 décès.

Causes de ces 27 décès :

1° 6 femmes phtisiques au dernier degré ont été gardées, après des couches normales, à l'Infirmerie de la Maternité où elles ont achevé de mourir dans un délai de deux à cinq mois après leur accouchement (3 de ces femmes sont mortes avant le 1er octobre).

2° 21 femmes ont succombé au cours des suites de couches, savoir :

Péritonite et infection puerpérale	6	dont 3	pendant les 9 premiers mois	de l'année 1894.
Tétanos	1	— 1	—	—
Hémorrhagie	1	— 1	—	—
Urémie, éclampsie	8	— 7	—	—

dans quelle proportion *vraie* les conditions hygiéniques défectueuses de cet établissement augmentent le taux de la mortalité générale.

Ce que je veux relever ici, ce sont les chiffres de « 0,37 p. 100 pour le service voisin de M. le professeur Pinard à la clinique Baudelocque » et de « 0,08 p. 100 dans le service du Dr Budin à la Charité ». Et si je tiens à les

---

Affection mitrale, asystolie.......	2 dont 2	pendant les 9 premiers mois de l'année 1894.		
Embolie pulmonaire............	1	— 1	—	—
Congestion pulmonaire..	1	— 1	—	—
Méningite tuberculeuse.........	1	— 1	—	—

De ces 21 femmes, 6 (dont 5 éclamptiques et 1 infectée) ont été apportées mourantes et ont succombé après quelques heures de séjour à la Maternité.

3° Ajoutons à ces 27 accouchées 4 femmes mortes *pendant leur grossesse* (*) dont 3 avant le 1er octobre, cela donne comme mortalité générale de la Maternité pour l'année 1894 :

31 décès sur 2,371 femmes = 1,30 p. 100.

Pour les neuf premiers mois visés par M. Strauss on obtient comme mortalité générale :

23 décès sur 1,735 femmes = 1,32 p. 100.

On ne doit comparer que des choses comparables. Il faut donc, si comme M. Strauss comparaison l'on veut faire, distraire du chiffre 31 les 6 femmes phtisiques au dernier degré qui ont été gardées après des couches normales à l'Infirmerie de la Maternité où elles ont achevé de mourir dans un délai de deux à cinq mois après leur accouchement.

La Maternité seule, parmi les services d'accouchements de Paris, est pourvue d'une infirmerie qui grève ainsi sa mortalité générale. Il n'est pas une des statistiques qu'on compare à la sienne qui porte à son passif des décès par tuberculose survenus si longtemps après l'accouchement.

Le calcul de la mortalité générale de la Maternité, pour la comparaison avec la clinique Baudelocque et la maternité de la Charité est donc à faire avec

25 décès (dont 4 de femmes enceintes) sur 2,365 = 1,05 p. 100.

Pour les neuf premiers mois visés par M. Strauss, on obtient de la même façon :

20 décès (dont 3 de femmes enceintes) sur 1,732 = 1,15 p. 100.

(*) Les statistiques de Baudelocque et de la Charité font entrer les décès de femmes enceintes dans le calcul de la mortalité générale.

relever, c'est qu'ils pourraient permettre d'établir dans l'avenir la légende suivante :

En 1894, la mortalité générale des accouchées à la clinique Baudelocque, bien que notablement inférieure à celle de la Maternité, était quatre fois et demie plus grande qu'à la nouvelle maternité de la Charité.

Car voici la vérité « officielle » :

Clinique Baudelocque....	9 premiers mois de 1894	1596 accouch[ts].	4 décès = 0,25 %.
N[lle] Maternité de la Charité		757 accouch[ts].	4 décès = 0,52 %.

Cela mérite déjà considération.

Mais pourquoi les renseignements officieux se sont-ils limités aux neuf premiers mois de 1894, alors que la statistique officielle du service de la Charité a été publiée le 30 mars dernier, et qu'il existe pour 1890, 1891, 1892, 1893, une statistique officielle imprimée de la clinique Baudelocque, publiée par mon ami Lepage, qui eût volontiers communiqué les bonnes feuilles de 1894?

Voici ce qu'auraient pu apprendre ces documents à l'auteur de la statistique « officieuse », pour les douze mois de 1894 :

Clinique Baudelocque.....	12 mois de 1894	2139 accouch[ts].	8 décès = 0,37 %.
N[lle] Maternité de la Charité		1012 accouch[ts].	7 décès = 0,69 %.

Si, enfin, nous prenons non plus seulement l'année 1894, mais la statistique totale de la clinique Baudelocque et de la nouvelle Maternité de la Charité « du 1er octobre 1891 au 25 décembre 1894 », nous avons :

Clinique Baudelocque......	sur 6275 accouchements....	35 décès = 0,55 %.
N[lle] Maternité de la Charité.	sur 3295 accouchements....	27 décès = 0,81 %.

CONCLUSION

Mortalité générale comparée.

	Chiffres vrais		Chiffres faux (1)
	Année 1894	1er Janv. à 1er Oct.	1er Janv. à 1er Oct.
Clinique Baudelocque.......	0,37 0/0	0,25 0/0	0,37 0/0
Nouvelle Maternité de la Charité.	0,69 0/0	0,52 0/0	0,08 0/0
Maternité...............	1,05 0/0	1,15 0/0	1,65 0/0

H. VARNIER.

(1) Communiqués à M. Strauss par un officieux.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE CONTRE LES SUPPURATIONS PELVIENNES

Par M. Du Bouchet, interne des hôpitaux.

Il y a déjà plus d'un an que cette nouvelle méthode opératoire est née en Amérique ; depuis lors elle n'a été pratiquée que peu de fois en Europe, par le D[r] Delagénière du (Mans) ; aussi la communication faite par ce chirurgien au dernier congrès français de chirurgie tenu à Lyon, nous invite-t-elle à parcourir rapidement les principaux travaux qui ont paru sur cette question de l'autre côté de l'Atlantique.

Par une coïncidence curieuse, c'est presque à la même époque que le D[r] Polk de New-York, à la New-York Obstetrical Society (3 oct. 1893), et le D[r] Montgomery Baldy, à la Philadelphia Obstetrical Society (5 oct. 1893) ont lu leurs communications sur l'ablation de l'utérus contre les lésions annexielles, communications qui ont ouvert la discussion aux États-Unis sur l'*hystérectomie contre les suppurations pelviennes*.

Nous verrons, toutefois, que ce n'est plus d'hystérectomie vaginale par morcellement qu'il s'agit. Le principe seul de l'ablation de l'utérus reste, la technique opératoire, les indications, la façon d'envisager la chose, en un mot, sont tout autres qu'en France.

L'opinion de Polk se résume en peu de mots : la chirurgie conservatrice doit être notre but ; nous ne devons pas enlever un ovaire sans y être absolument forcés. « Pour ma part, dit-il, j'aimerais mieux faire le sacrifice de tous les utérus dépourvus de leurs ovaires, que celui d'un seul ovaire capable d'être sauvé par une méthode chirurgicale ou médicale

quelconque. » Aussi est-il avant tout nécessaire de pratiquer la laparotomie ; elle seule permet cette chirurgie conservatrice, car elle seule permet de VOIR ce qu'on fait, et VOIR les lésions est indispensable avant de prendre une détermination quelconque. La position de Trendelenburg est ici d'un grand secours, dit Polk, après tous ceux qui l'ont véritablement essayée.

On peut ainsi conserver les annexes ou une partie des annexes (Polk, conservateur à l'extrême, pratique des résections de l'ovaire et de la trompe), toutes les fois que les lésions le permettent ; mais quand ces lésions sont irrémédiables, quand on doit se résigner à la castration, il faut la pratiquer complète, et enlever l'utérus aussi, toujours par l'abdomen, bien entendu, ce qui permet une intervention bien réglée, méthodique, une ligature à ciel ouvert des ligaments larges : on a par ce moyen toute possibilité de voir ce que l'on fait et, par conséquent, d'enlever tout ce qui est malade et de n'enlever que ce qui est malade. Il y a plusieurs raisons pour enlever la matrice dans ces cas ; elles se ramènent à celle-ci : si l'organe est devenu inutile, absolument inutile à tous les points de vue, il est loin d'être inoffensif et assez souvent, après une castration, l'involution utérine ne se fait pas bien, il persiste des écoulements purulents ou sanguins, ou les deux à la fois, des douleurs lombaires et pelviennes ; bref, les mêmes symptômes pénibles qui avaient commandé la première intervention. Que l'on ne vienne pas dire que tout cela cédera à une thérapeutique intra-utérine sagement et patiemment poursuivie ; nul mieux que Polk, le grand propagateur de l'antisepsie utérine contre les métrites (curettage, dilatation, tamponnement iodoformé) n'eût pu le faire, et pourtant tous ses efforts ont parfois échoué tant que l'utérus restait en place, la scène changeant du tout au tout une fois qu'il était enlevé.

Reste une dernière question, celle de la mortalité. Ici, nous ne pouvons faire mieux que de laisser la parole à l'auteur, que nous résumons : « La seule réponse qu'on puisse

donner, dit-il, ce sont nos résultats opératoires. Quoique l'opération soit sûrement plus sérieuse que la simple ablation des annexes, les résultats opératoires ont été à peu près aussi bons dans les deux cas. Cela, si je ne me trompe pas, est surtout vrai pour l'hystérectomie vaginale pour salpingite, et je crois que grâce à la position de Trendelenburg on peut dire la même chose de l'hystérectomie sus-pubienne. J'ai opéré sept fois de cette façon et toutes les malades ont guéri. Ma première opération fut pratiquée en janvier 1892 et a été communiquée à cette Société le 16 février 1892 (voir *New-York Journal of gynæcology and obstetrics*, 1893, vol. III, n° 5). Nous pouvons, d'ailleurs, dans une certaine mesure, invoquer ici les résultats que nous donne l'hystérectomie abdominale totale pratiquée pour d'autres causes. En y comprenant 7 cas de prolapsus, 7 pour salpingite, 30 pour fibromes, je l'ai pratiquée 42 fois avec 2 morts seulement; ces 2 morts eurent lieu parmi les fibromes. Les dangers de l'opération sont donc insuffisants pour contre-indiquer son emploi contre les salpingites ordinaires.

On pourrait enfin objecter à l'opération d'enlever au plancher pelvien un de ses principaux éléments de solidité. Il n'en est rien et nos autres hystérectomies ont ici toute leur valeur pour prouver le contraire.

Telle est, aussi brièvement résumée que possible, l'opinion de Polk. Nous analyserons plus loin la discussion qui a suivi cette communication, mais nous voudrions encore, en peu de mots, indiquer les traits essentiels de celle de J.-M. Baldy.

L'auteur commence par laisser entièrement de côté les cas où il n'y a pas de lésions facilement démontrables (ce qu'on appelle en France les grandes névralgies pelviennes) et ne s'occupe que des cas où on a opéré non pour des symptômes, mais bien pour des lésions. « Un trop grand pourcentage de ces cas, dit-il, n'est pas guéri par l'opération de Lawson Tait et la thérapeutique utérine n'a pas plus de succès. Un succès du docteur Baer et les discussions de la Société de

chirurgie de Paris m'ont poussé à pratiquer l'hystérectomie dans ces cas. J'ai ainsi enlevé deux fois l'utérus à des femmes à qui on avait antérieurement enlevé les annexes, et six fois j'ai fait l'hystérectomie d'emblée. »

Mais il ne préconise l'ablation de l'utérus que quand cet organe est lui-même assez malade, et ne veut pas qu'on la pratique en dehors de ces cas.

Pour ce qui est de la technique opératoire, comme Polk, il a opéré par l'abdomen, mais il a fait une amputation sus-vaginale aussi bas que possible, avec pédicule perdu, contrairement au chirurgien de New-York.

Quant à la mortalité, il ne la considère pas comme plus grande que celle de la salpingectomie et termine en disant qu'on ne saurait parler de « mutilations inutiles » puisque l'utérus dépourvu de ses annexes n'a plus aucune fonction à remplir.

Dans la discussion qui suivit cette communication les avis furent partagés, et, il faut bien le dire, la majorité fut franchement hostile aux idées défendues par Polk et Baldy. Florian Krug et Harris Slocum sont seuls absolument de l'avis de ces chirurgiens. C. P. Noble et Easterly Ashton n'acceptent l'hystérectomie dans ces cas que d'une façon tout à fait exceptionnelle ; enfin Janvrin, Clinton Cushing, Palmer Dudley et B. Mursey y sont absolument opposés.

Depuis lors deux mémoires seulement ont paru sur la question, valant qu'on s'y arrête, celui de Baldy, dans *The American Journal of obstetrics* de juillet 1894, p. 28, et celui de Pryor, dans *The American gynæcological et obstetrical Journal* de nov. 1894. — Le premier n'étant que la réédition amplifiée des arguments apportés dans la première discussion, nous nous contenterons d'en retenir que Baldy déclare avoir pratiqué cette opération vingt-deux fois sans un décès et avec une guérison parfaite dans la majorité des cas.

L'article de Pryor, par contre, qui a trait surtout à la médecine opératoire, mérite d'être analysé en peu de mots.

La malade étant dans la position de Trendelenburg et le ventre ouvert comme pour une laparotomie ordinaire, on divise l'étage supérieur du ligament large entre deux ligatures; on peut alors attirer l'utérus en haut, disséquer la vessie et ouvrir le cul-de-sac postérieur. Il n'y a plus alors que deux pédicules latéraux contenant les artères utérines qui tiennent l'utérus en place : on les lie au moyen de l'aiguille de Deschamps et on enlève la matrice.

Dans les cas où il y a des fistules intestinales la conduite diffère un peu. Dans un cas de fistule rectale, Pryor a fermé l'ouverture de l'intestin au moyen d'un lambeau vaginal, mais d'une façon générale il recommande la résection et la suture, ou bien encore il ne touche pas à l'orifice, séparant le reste de la cavité abdominale par un tamponnement iodoformé et plaçant un gros et court tube dans l'anus dilaté.

Mais revenons à l'opération ordinaire. Comment traiter les quatre pédicules ainsi obtenus ? Les pédicules supérieurs sont coupés courts et abandonnés à eux-mêmes; les inférieurs rebroussés dans le vagin. Il ne reste plus alors qu'à faire un surjet sur la tranche de section des ligaments larges de chaque côté, et on peut également fermer le vagin complètement par ce moyen, mais Pryor le déconseille, préférant tamponner mollement le fond du petit bassin avec de la gaze iodoformée introduite par l'abdomen, de façon à assurer un bon drainage.

L'opération ainsi conduite ne donne ni choc, ni hémorrhagie ; sa plus longue durée a été d'une heure et quart entre les mains de Polk, dans le cas complexe de fistule rectale auquel nous avons fait allusion plus haut.

Pour ce qui est des résultats éloignés, il n'en saurait encore être question, cela va de soi, mais les résultats immédiats sont plus encourageants au point de vue thérapeutique. Quant à la mortalité, en résumant les opérations de Florian Krug, J. Montgomery, Baldy, W.-M. Polk et W.-R. Pryor, nous arrivons à un total de 85 opérations ayant donné trois morts,

soit 3,53 p. 100 de mortalité, et il ne faut pas oublier qu'il y avait cinq cas de fistule salpingo-rectale qui n'ont pas donné une seule mort.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Rupture de grossesse tubaire simulant une hernie inguinale étranglée.

M. Malherbe présente une grossesse tubaire rompue. La malade, âgée de 34 ans, avait été prise d'une douleur abdominale violente, syncopale. Presque immédiatement après, une hernie, qu'elle portait au niveau de la région inguinale, se tendit. Depuis ce moment, vomissements, ni selles, ni gaz par l'anus. On crut à une hernie étranglée. Le sac très tendu ne contenait que du sang; en prolongeant l'incision on ouvrit largement le ventre. Une quantité de caillots sortirent et l'on put enlever la trompe gravide, point de départ de l'hémorrhagie.

Kystes de l'ovaire après la ménopause.

Les deux observations présentées par M. Delaunay sont intéressantes en ce qu'elles nous montrent des kystes ovariques déterminant par leur développement, trois et sept ans après la ménopause, des métrorrhagies.

Hydronéphrose consécutive à un prolapsus utérin.

M. Ch. Lévi présente les pièces d'autopsie d'une malade opérée d'hystérectomie vaginale par M. Tuffier pour un prolapsus utérin. Le rein gauche est petit, granuleux, hydronéphrotique. La malade était morte trente-six heures après l'opération.

Polype placentaire intra-utérin d'apparence fibrineuse.

MM. Lejars et Charles Lévi présentent un utérus enlevé par la voie vaginale.

Mme W..., 37 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, n° 30, le 23 janvier 1894. La malade, maigre, présente une pâleur jaunâtre de mauvais augure et raconte ce qui suit :

Réglée à 13 ans, mariée à 27 ans, elle a eu trois enfants ; le dernier a 6 ans. Elle n'a jamais souffert d'aucune affection génitale.

Le 10 septembre 1893, à la suite d'une chute, nous dit-elle, elle fit une fausse couche de quatre mois. La perte fut modérée ; soignée par une sage-femme, la malade se rétablit assez vite et reprit sa vie ordinaire.

Depuis lors, ses règles n'avaient pas reparu ; elle se croyait de nouveau enceinte.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, subitement, sans cause appréciable, elle commença à perdre un liquide roussâtre, d'odeur très fétide. Cet écoulement se prolongea huit jours ; il fut suivi d'une métrorrhagie très abondante, et, jusqu'à ces derniers jours, les pertes sanglantes n'ont pas cessé, se produisant après les moindres efforts, la marche ou la station debout. Il en est résulté un état d'affaiblissement très marqué, l'appétit a disparu, et la dépression générale ne laisse pas que d'être inquiétante. Pourtant il n'y pas d'élévation thermique. La malade se plaint de douleurs vives dans l'abdomen et la région lombaire ; les pertes sanguines ont à peu près cédé aux injections chaudes, mais elle continue à perdre un liquide sanieux et fétide.

On trouve, au toucher vaginal, un col très gros, irrégulier, bosselé, dur, saignant au moindre contact. Il imprègne le doigt d'une odeur toute spéciale. L'orifice n'est que peu dilaté ; l'utérus est un peu gros, il est mobile, bien que les culs-de-sac paraissent empâtés. Au spéculum, l'aspect du col, ulcéré, bourgeonnant, sanieux, semble justifier les premières appréhensions.

La fausse couche n'avait été suivie d'aucun accident immédiat ; le col n'était pas dilaté ; il était dur ; de plus, l'état général était si précaire que l'hypothèse d'un épithélioma au début nous parut la plus vraisemblable.

Il y avait d'ailleurs urgence à intervenir. Le 8 février, l'hystérectomie vaginale fut pratiquée. L'utérus fut sectionné sur la ligne médiane antérieure, et abaissé sans difficultés notables. Deux clamps sur les ligaments larges. Les annexes, d'apparence absolument saine, furent laissées en place pour réduire au minimum la durée de l'opération. Les suites en furent d'ailleurs très simples. Peu à peu, la malade reprit des forces ; son état général était devenu très satisfaisant, et les douleurs avaient disparu quand elle partit au Vésinet, guérie, le 7 mars.

A l'ouverture de l'utérus, nous avons trouvé, inséré sur la paroi postérieure, près de la corne gauche et en quelque sorte enclavé dans « l'encoignure utérine », un polype d'environ 3 centim. de long, de 1 centimètre et demi d'épaisseur, de surface plissée et comme chiffonnée, de coloration jaunâtre, uniforme, « fibrineuse » dans la plus grande partie de son étendue, un peu plus épais et noirâtre à son extrémité libre.

Examen histologique. — *A un faible grossissement*, la tumeur se montre essentiellement constituée de deux parties :

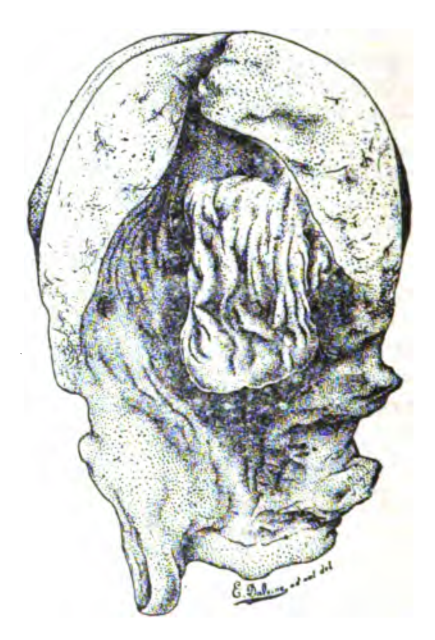
1° D'un substratum formé de globules rouges, de globules blancs et de fibrine, représentant les lacs sanguins du placenta ;

2° D'éléments formés de mailles entrelacées, limités par une gaine épithéliale et ayant, les uns une forme nettement digitée, les autres coupés perpendiculairement, et par suite présentant une forme circulaire. Ce sont des villosités placentaires.

Ce qui frappe d'emblée, c'est la disposition désordonnée de ces villosités, disséminées sans ordre dans les lacs vasculaires.

Si nous étudions les coupes *à un plus fort grossissement*, nous voyons les détails suivants :

Les *lacs sanguins* sont formés de globules rouges, au milieu desquels se



trouvent disséminés des globules blancs à noyau coloré par l'hématoxyline, et d'un réticulum de fibrine. Ces espaces sanguins prennent par le picro-carmin une coloration jaunâtre.

Les *villosités* se montrent très modifiées. Elles ont bien une structure réticulée, mais formée de mailles épaisses colorées par le picro-carmin en rose plus foncé que la fibrine. On voit quelques noyaux sur ces mailles. Ces villosités présentent leur gaine épithéliale caractéristique. Cette gaine, qui forme une bande fortement colorée à l'hématoxyline, se compose en quelques points de deux couches cellulaires : l'une est formée de cellules aplaties, à noyau allongé, l'autre présente des cellules cubiques à noyau arrondi. C'est à un aspect bien caractéristique des villosités. Quelques villosités, se pré-

sentant sous forme circulaire, rappellent assez l'aspect des glomérules de Malpighi sur une coupe de rein. D'autres sont bifurquées ; on voit à l'extrémité, des transitions entre les villosités à réticulum épaissi, fibreux. et celles qui ne sont plus formées que par un amas dense de ce tissu. En somme, il y a tendance à la transformation fibreuse des villosités, qui ne présentent plus comme normalement un fin réseau et des vaisseaux remplis de globules sanguins.

On voit sur les coupes un petit nombre de ces villosités qui renferment du tissu myxomateux avec de grandes cellules étoilées.

En un point de la coupe, on voit de grosses cellules polygonales, colorées en jaune par le picro-carmin, et munies d'un noyau, qui sont manifestement des *cellules déciduales* du chorion, attestant encore l'origine placentaire de la tumeur. Ces cellules sont entourées de tissu fibreux à mailles épaisses provenant aussi du chorion.

On voit aussi, en un autre point, des cellules de la caduque qui se continue avec le tissu myxomateux, provenant aussi d'une modification du chorion.

Le pédicule de la tumeur, plus décoloré que l'extrémité, est formé du même tissu que le reste, avec des villosités semblables. En résumé, nous retrouvons dans cette tumeur les éléments caractéristiques du placenta : lacs sanguins, villosités avec gaine épithéliale, grandes cellules déciduales, mais les villosités ont subi pour la plupart la transformation fibreuse.

Ajoutons que les coupes du col utérin nous ont montré de la sclérose, mais pas de traces de néoplasme.

RÉFLEXIONS. — 1° Cette observation montre qu'en clinique il est à peu près impossible de faire le diagnostic dans des cas de ce genre. L'apparition des accidents hémorrhagiques, longtemps après la fausse couche, et à la suite d'une période d'aménorrhée, empêchait de les attribuer à l'avortement. L'écoulement d'un liquide fétide roussâtre, l'aspect du col fermé, ulcéré, bosselé, dur, saignant facilement et surtout le mauvais état général, tout éveillait l'idée d'un épithéliome utérin.

La difficulté du diagnostic est souvent telle qu'elle persiste encore quand on a la pièce en main. D'ailleurs, on sait qu'à côté des tumeurs placentaires bénignes, telles que la nôtre, il y a des déciduomes malins, sur lesquels MM. Hartmann et Toupet ont récemment attiré l'attention.

2° Le curettage de l'utérus, dans ces cas-là, ne réussit que rarement. Il est difficile d'enlever avec la curette le polype bien implanté sur les fibres musculaires utérines, et accolé souvent

sur les parois latérales de l'utérus. — Dans les cas de ce genre, l'hystérectomie restera souvent la seule ressource.

3° Mais le résultat le plus intéressant est celui que nous fournit l'examen histologique.

Notre tumeur était d'apparence absolument fibrineuse, et on avait cru d'abord à l'existence d'un polype fibrineux de Kiwisch. A un examen plus attentif, on avait pensé qu'il s'agissait de placenta décoloré. L'examen histologique a montré que la tumeur est entièrement et nettement placentaire, comme l'attestent l'existence d'un grand nombre de villosités au milieu de lacs sanguins et la présence de grandes cellules déciduales du chorion.

Dans presque tous les cas, où l'on a examiné histologiquement ces soi-disant polypes fibrineux, on y a reconnu au moins l'existence d'un pédicule formé de villosités choriales. Mme Anna Klasson, dans son travail sur les faux polypes utérins (*Ann. de gynéc.*, 1889, p. 105), dit que les polypes fibrineux peuvent être dus à la formation de caillots plus volumineux qu'à l'état normal au niveau de la plaie placentaire, à des débris du chorion, ou à une coagulation sur un lambeau de caduque. La différence entre ces polypes et les polypes placentaires n'est plus alors qu'une question de degré ; si le pédicule seul est formé de tissu placentaire et la plus grande masse du polype de couches de sang coagulé, on aurait affaire à un polype fibrineux ; si la plus grande masse est formée de tissu placentaire recouvert superficiellement de fibrine, ce serait un polype fibrino-placentaire ; si enfin les deux tissus concourent également à la formation de la tumeur. ce serait un polype fibrino-placentaire. On voit combien est arbitraire cette distinction, qui n'a plus aucune valeur étiologique.

Ajoutons de plus, que les examens histologiques de beaucoup de ces tumeurs n'ont pas été faits, et qu'on s'en est rapporté souvent à l'apparence macroscopique. Or, à cet égard, notre cas est très instructif. Il nous fait voir qu'une production en apparence purement fibrineuse, s'est montrée à l'examen microscopique uniquement constituée de tissu placentaire avec ses éléments caractéristiques. Nous croyons donc que la notion du polype fibrineux de Kiwisch, distinct du polype placentaire, est appelée à disparaître. A mesure que l'examen histologique de ces tumeurs se multipliera, on verra que, quoique d'aspect fibrineux, elles sont le plus souvent formées de débris nettement reconnaissables du

placenta, non pas constituées, comme le prétendait Kiwisch, par une dégénérescence de la paroi utérine ou, comme le disait Scanzoni, par une altération ovulaire analogue aux môles. Si on examine les cas de « polype fibrineux » que présente la littérature médicale, on voit que les conditions de production sont analogues aux nôtres. Il est probable que l'examen histologique y aurait décelé les mêmes faits. Il en est ainsi, par exemple, de l'observation de Mac Clintock (*Dublin J. med. Sc.*, p. 251, sept. 1876), où la tumeur est survenue après une fausse couche de quatre mois. Nous nous croyons donc autorisés par ces faits à mettre en doute l'existence du polype fibrineux, et à croire que si, dans quelques cas, il peut s'agir de productions d'origines diverses, telles que des caillots formés sur des œufs de Naboth, il s'agit le plus souvent de tumeurs à origine placentaire, souvent même, comme la nôtre, entièrement placentaire.

Bactériologie des suppurations pelviennes.

M. Jayle. — En ces trois dernières années, j'ai étudié, dans les services de MM. Monod, Richelot et Pozzi, 30 cas de suppurations pelviennes au point de vue bactériologique. Mon seul but était de savoir si l'on peut soit d'après le tableau clinique avant l'intervention, soit d'après l'aspect des lésions au cours de l'opération, établir ou soupçonner la présence ou l'absence de germes pathogènes dans le pus. Sans refaire la bibliographie de la question que l'on trouvera en entier dans la thèse fort remarquable de Reymond (Thèse Paris, 20 mars 1895), j'exposerai simplement les conclusions auxquelles m'ont amené l'étude de 30 cas.

Pour pratiquer l'examen bactériologique, je me suis contenté des procédés ordinaires, c'est-à-dire examen direct et cultures. Si, à l'exemple de Reymond, j'avais eu recours à l'inoculation du pus sur les animaux appropriés pour obtenir un retour à la virulence de germes latents, le nombre de mes cas stériles eût sans doute diminué. Je crois néanmoins que l'existence dans le pus de microbes presque morts et en quantité infinitésimale n'a pas grande importance au point de vue chirurgical, tandis que la présence de microbes abondants et en pleine vitalité doit mettre en garde l'opérateur. Dans le premier cas, l'infection générale,

avant l'intervention, et l'infection péritonéale au cours de l'opération, ne sont guère à craindre ; dans le second, l'une et l'autre sont à redouter et surviennent parfois malgré le chirurgien.

A l'exemple de tous ceux qui se sont occupés de cette question, j'arrive à conclure qu'il est impossible de diagnostiquer d'une façon ferme la présence ou l'absence de microbes dans le pus, soit d'après les signes cliniques, soit d'après le siège de la suppuration. Cependant, les cas dans lesquels on rencontre les microbes ordinaires de la suppuration, et en particulier le streptocoque, s'accompagnent d'état infectieux : le teint de la face est terreux, la langue sèche, la température élevée, l'amaigrissement notable. Ils reconnaissent pour cause des accidents puerpéraux récents, une intervention chirurgicale (curettage), ou sont consécutifs à une métrite chronique. Ils offrent une marche aiguë et les *lésions sont plutôt péri-utérines ou péri-annexielles* (phlegmon du ligament large, pelvi-péritonite suppurée).

Au contraire, dans les cas à suppuration stérile (d'après les méthodes ordinaires, sans inoculation à l'animal pour exalter la virulence de vieux micro-organismes), les malades ne présentent pas l'état général grave des précédentes ; si elles sont amaigries et n'ont guère plus d'appétit, c'est parce qu'elles sont continuellement tourmentées par leurs douleurs abdominales qu'un état nerveux exagère souvent. Le début des accidents remonte à longtemps et la marche est chronique ; il existe sans doute des poussées fébriles fréquentes, mais la courbe thermique n'a pas l'allure qu'elle offre dans les suppurations à streptocoques. Enfin *les lésions sont limitées aux annexes*. Les mêmes remarques s'appliquent aux cas de suppurations à gonocoques que j'ai observés.

Dans les 30 cas que j'ai examinés le streptocoque a été rencontré 10 fois { 6 fois seul, 3 fois associé au coli, 1 fois au streptocoque et au coli.

le staphylocoque — — 1 fois,
le bactérium coli — — 2 fois,
le gonocoque — — 4 fois.

12 fois le résultat s'est trouvé négatif ; 1 fois il existait des micro-organismes abondants qu'a révélés l'examen direct, mais es cultures sont restées stériles.

Relativement au traitement chirurgical qui a été pratiqué, il faut noter que 13 laparotomies ont été faites ; 11 fois l'examen bactériologique était négatif : une fois le gonocoque a été observé et une fois le bactérium coli.

Les résultats opératoires ont été : neuf guérisons et quatre morts. Les morts sont dues, l'une à ce que les lésions ont continué à évoluer malgré l'opération, les trois autres à l'intervention elle-même. Or, dans deux de ces cas terminés par la mort, on ne trouvait pas de microbes dans le pus, et dans le dernier existait seulement le gonocoque. L'autopsie a démontré dans les trois cas l'existence d'une péritonite suraiguë ; une fois l'examen bactériologique de la sérosité péritonéale a pu être fait et a révélé l'existence du staphylocoque blanc.

Cinq fois de simples incisions du cul-de-sac postérieur ou latéral ont été faites pour des suppurations contenant une fois le streptocoque pur, deux fois le streptocoque associé au coli, une fois le coli seul, une fois le gonocoque. Une malade est morte ; l'opération n'y a été pour rien. Une incision a été faite une fois au-dessus de l'arcade de Fallope : la suppuration était à streptocoques ; la malade est morte, mais l'opération ne peut être incriminée comme ayant causé la détermination fatale.

Dix hystérectomies ont été pratiquées et ont donné deux morts opératoires. Le gonocoque a été rencontré dans deux de ces cas, le staphylocoque dans un, le streptocoque pur dans quatre, le streptocoque associé au coli dans un, le streptocoque associé au staphylocoque et au coli dans un autre ; enfin, dans un cas l'examen est resté négatif. Les deux cas de mort étaient l'un à streptocoques, l'autre à staphylocoques. Dans ce dernier cas l'opération ne peut être accusée, car la péritonite existait déjà lors de l'hystérectomie ; dans l'autre, le foyer suppuré a été ouvert dans la cavité abdominale au cours de l'opération et il en est résulté une péritonite suraiguë qui a emporté rapidement la malade déjà cachectisée.

Dans le cas de suppurations pelviennes contenant les germes pathogènes ordinaires de la suppuration et qui ont guéri, on peut d'ailleurs remarquer que la cavité péritonéale n'a pas été, somme toute, ouverte au cours de l'opération. Les anses intestinales adhérentes entre elles forment en effet une sorte de dôme sus-utérin que tous les opérateurs s'efforcent de respecter. Dans le cas où

il a été effondré par l'écarteur antérieur, la mort est survenue.

M. Hartmann. — Dans la très intéressante communication de M. Jayle, je relèverai divers points qui confirment les résultats d'un travail que j'ai publié l'an dernier avec M. Morax dans les *Annales de gynécologie*, travail reposant sur l'étude de 70 cas de salpingo-ovarites observées à l'hôpital Bichat, en 1893. Comme nous, M. Jayle a constaté que les suppurations à streptocoques étaient principalement des suppurations du tissu cellulaire, celles à gonocoques répondant aux pyosalpinx dans le plus grand nombre des cas. Le fait s'explique facilement : le streptocoque envahit les lymphatiques, le gonocoque chemine à la surface de la muqueuse.

En écoutant la lecture des observations de M. Jayle, j'ai été frappé par un fait, la fréquence avec laquelle l'infection streptococcienne s'est produite à la suite d'actions traumatisantes. Plusieurs fois il s'est agi de suppurations consécutives à des curettages. Dans notre mémoire, nous avions, M. Morax et moi, insisté sur ce fait que les suppurations streptococciennes, que nous avions observées, s'étaient produites à la suite de lésions en quelque sorte traumatiques du corps de l'utérus, un avortement, la dilatation d'un utérus fibromateux, etc., alors que les salpingites à gonocoques résultaient d'une infection génitale ascendante. Les observations de M. Jayle apportent un nouvel appui à ce que nous avions avancé.

Je désirerais, en terminant, demander à M. Jayle pourquoi on a fait une hystérectomie vaginale dans un cas de péritonite généralisée. La mort a suivi l'intervention, ce qui ne doit pas nous étonner. Dans un cas semblable j'ai eu recours à la laparotomie et ma malade a guéri.

M. Jayle. — Si l'on a fait une hystérectomie vaginale, c'est qu'aucun signe ne permettait de soupçonner une péritonite avant l'opération.

M. Hartmann. — Alors comment sait-on qu'il existait une péritonite antérieurement à l'intervention ?

M. Jayle. — La malade est morte, trois fois vingt-quatre heures après l'intervention et il y avait de la péritonite suppurée généralisée. Or une péritonite purulente généralisée ne se développe pas avec une pareille rapidité.

M. Hartmann. — C'est là une erreur. M. Morax a publié en

1893, dans les *Annales de gynécologie*, l'observation d'une malade porteuse d'une salpingite à pneumocoques. Il n'y avait pas l'ombre de péritonite généralisée au moment de l'opération ; l'état du péritoine a été constaté *de visu* puisqu'on a eu recours à la laparotomie. Quarante heures après la malade mourait sans ballonnement du ventre, sans vomissement, avec de l'affaissement et de la fréquence du pouls. A l'autopsie, on trouvait une péritonite généralisée à pneumocoques avec un demi-litre de pus dans le ventre.

M. Chaput. — Comme M. Hartmann, j'ai été frappé de la rapidité avec laquelle des quantités énormes de pus peuvent se former dans la cavité péritonéale. Je l'ai constaté en particulier dans des opérations d'anus contre nature et de hernie gangrenée. M. Jayle nous a dit, dans la relation de ses observations, que l'on enlevait l'utérus sans détruire le dôme d'adhérences sus-jacentes. Dans ces conditions je ne m'explique pas comment on a pu enlever les annexes suppurées.

M. Jayle. — Le plus souvent on s'est contenté de crever des poches ; je dois ajouter que plusieurs fois on a laissé des poches suppurées, comme je l'ai constaté à l'autopsie ou comme l'a fait voir une laparotomie secondaire devenue nécessaire pour enlever ces poches.

Pyosalpingites gonococciennes sans oblitération du pavillon de la trompe.

H. Hartmann. — Les pièces que j'ai l'honneur de vous présenter proviennent d'une malade que j'ai opérée, dans le service de mon maître le professeur Terrier.

Obs. I. — *Salpingite suppurée blennorrhagique aiguë.* — Mme L..., 25 ans, entre le 3 mars 1895 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 15, pour des douleurs abdominales si violentes qu'on la transporte pendant la nuit à l'hôpital.

Les règles sont apparues pour la première fois à l'âge de 10 ans ; elles sont venues assez régulièrement pendant un an, puis ont cessé de venir pour reparaître au bout d'un an, cesser de nouveau et ne s'établir d'une manière définitive qu'à l'âge de 16 ans. La menstruation a toujours été un peu irrégulière, les règles venaient toutes les trois semaines ou tous les quinze jours ; elles duraient trois jours environ et s'accompagnaient pendant toute leur durée de douleurs abdominales et lombaires.

Mariée à 20 ans, elle est devenue presqu'immédiatement enceinte et dix mois plus tard a accouché normalement et à terme d'un enfant qui est mort de méningite (?) au bout de dix-huit jours. Onze mois plus tard, elle accouchait de nouveau à 7 mois d'un enfant qui a vécu deux heures. Dix mois et demi après, troisième accouchement à terme d'un enfant qui est encore actuellement bien portant.

Treize mois après, quatrième accouchement normal et à terme d'un enfant qui est mort tuberculeux. La malade s'est levée six jours après son accouchement, se portant bien, n'éprouvant aucune douleur.

C'est peu de temps après, soit il y a deux mois, qu'elle a repris les rapports sexuels, menant une vie des plus désordonnées, ne rentrant souvent pas, pendant plusieurs jours, au domicile conjugal. Le 25 février dernier ses règles sont venues avec un peu plus d'abondance et de douleurs qu'à l'ordinaire. Elle n'en a pas moins, pendant leur durée, pris des leçons de bicyclette. Le 28 février elles s'arrêtaient brusquement. Cette suppression se fit sans grande douleur, car dans l'après-midi du 28, Mme L... resta à cheval pendant deux heures.

C'est dans la nuit du 28 février au 1er mars qu'elle fut prise de douleurs extrêmement violentes dans l'abdomen et dans les reins.

Le 1er mars, les douleurs devinrent intolérables, s'irradiant dans les membres inférieurs. Elle souffre en urinant et pisse du sang. L'introduction de la canule, qui sert à faire des injections vaginales, est des plus douloureuses.

Malgré des injections de morphine, les douleurs deviennent de plus en plus vives ; c'est parce que leur intensité devient excessive que dans la nuit du 2 au 3 elle entre à l'hôpital.

Malgré le repos et les calmants, les douleurs continuent très intenses. Le 6 mars, nous notons l'état suivant :

Ventre souple, marqué de nombreuses vergetures, partout indolent sauf au niveau de la région hypogastrique. Le col est irrégulier, un peu mou ; son orifice admet l'extrémité de la pulpe et regarde en bas et en arrière.

En arrière du col, séparée de lui par un sillon, se trouve dans le cul-de-sac postérieur une tumeur dure, bosselée, paraissant formée de deux parties séparées par un sillon, l'une qui s'étend de la ligne médiane vers la partie latérale gauche, l'autre qui encadre la partie postérieure du col.

On peut imprimer au col quelques mouvements de latéralité. Le corps de l'utérus est petit, en antéflexion.

Par le toucher rectal on sent la tuméfaction du cul-de-sac postérieur, peu douloureuse à la pression, refoulant la paroi antérieure du rectum.

La pression rétrograde de l'urèthre amène au méat une goutte de pus. Le col utérin est ulcéré et donne une sécrétion catarrho-purulente.

L'examen du pus uréthral et de la sécrétion du col, fait par M. Reymond, y montre la présence de gonocoques.

Le 14. Les douleurs persistent toujours et empêchent le sommeil. Nous pratiquons la *cœliotomie* avec l'aide de MM. Reymond et Malherbe. Anesthésie par M. Bourbon. Position élevée du bassin.

Après relèvement de l'épiploon qui présentait quelques adhérences faciles à détacher de l'excavation, on voit le corps utérin plus gros qu'il n'avait semblé à l'examen. En arrière, dans le péritoine du cul-de-sac recto-utérin, se trouve un peu de liquide roussâtre, légèrement louche, libre dans la cavité.

Les annexes du côté gauche forment une masse qui se recourbe en arrière de l'utérus. En les décollant nous ouvrons une poche suppurée dans laquelle baigne le pavillon libre d'adhérences. Entre ses franges épaisses on voit sourdre, à la moindre pression de la trompe, un pus crémeux, verdâtre, rappelant absolument par son aspect le pus de la blennorrhagie uréthrale



FIG. 1. — Kyste purulent autour du pavillon d'une salpingite à gonocoques.

vulgaire. Après pédiculisation, ligature par deux fils en X, comprenant dans leur anse le ligament rond. Section. Cautérisation du moignon avec le thermocautère.

A droite, nous décollons les annexes des parois de l'excavation et les amenons dans la plaie. Une anse grêle, d'une couleur rouge foncé, est fusionnée avec elles et les accompagne. Au premier abord on aurait même pu la prendre pour une trompe distendue. Pour la séparer, nous sommes obligé de recourir aux ciseaux et au bistouri, ayant soin de faire porter la section sur les annexes pour amorcer le décollement. Nous ouvrons ainsi une petite collection suppurée tubo-intestinale. Pédiculisation ; ligature avec deux fils en X ne prenant pas le ligament rond.

Toilette. Réunion sans drainage par une suture à 3 plans (surjet péritonéal, points simples musculo-aponévrotiques, crins cutanés).

Guérison. La malade quitte l'hôpital le 6 avril.

Examen des pièces. — A gauche, la trompe est très augmentée, vascularisée, flexueuse, ses sinuosités étant fusionnées les unes avec les autres. Le pavillon a ses franges épaissies, libres et flottantes dans une cavité néoformée par des exsudats péritonéaux qui s'insèrent un peu en arrière du pavillon pour constituer la poche. Cette poche est tapissée à sa face interne par un exsudat fibrino-purulent.

L'ovaire, réuni par quelques adhérences aux franges les plus inférieures du pavillon, ne paraît pas augmenté de volume et renferme de petits kystes à contenu transparent.

A droite, la trompe augmentée de volume est vascularisée, se termine par un pavillon dont les franges épaissies et rétractées adhèrent à l'intestin grêle d'une part, à l'ovaire d'autre part, limitant ainsi une collection suppurée entre ces trois organes.

L'ovaire est transformé en un gros kyste à contenu transparent, de la dimension d'un petit œuf de poule.

Le pus des deux trompes, examiné par M. Reymond, avait absolument l'aspect du pus de la blennorrhagie vulgaire (nombreux leucocytes et cellules épithéliales rares, gonocoques en grand nombre ; pas d'autres microbes).

Le seul point sur lequel je désire attirer votre attention est le suivant : le pavillon à gauche est inclus dans la poche suppurée, ses franges épaissies ne sont nullement accolées, recroquevillées, adhérentes les unes aux autres. Il n'y a, en un mot, aucune trace d'une de ces diverses formes d'oblitération du pavillon qu'a si bien étudiées dans ces derniers temps notre ami, M. E. Reymond (1).

La poche semble s'être formée autour de l'extrémité de la trompe par le dépôt d'exsudats péritonitiques, constituant ainsi autour du pavillon une sorte de kyste néogène à contenu suppuré. Ces cas ne sont pas fréquents. Rosthorn, Desguin, Zedel en mentionnent cependant des exemples.

Du côté opposé, la poche était constituée de même, avec cette particularité qu'une de ses parois était formée par une anse d'intestin grêle, la collection suppurée étant alors tubo-intestinale. Le pus examiné par notre interne M. Reymond contenait des gonocoques.

---

(1) REYMOND. *Annales de gynécologie*, janvier et mars 1895, et *Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la bactériologie des salpingo-ovarites.* Th. de Paris, 20 mars 1895.

Il semble du reste que dans les cas similaires publiés il se soit toujours jusqu'ici agi de collections à gonocoques. Le fait est explicitement mentionné par M. Desguin dans une observation personnelle (1) et dans un cas de Zedel (2); bien que l'examen bactériologique n'ait pas décelé de gonocoques, l'histoire clinique semble bien indiquer qu'il s'est agi d'une infection blennorrhagique. Contrairement à l'opinion de Noeggerath, qui veut que la salpingite blennorrhagique détermine immédiatement une oblitération du pavillon, et de Noble (3) qui dit que dès que le pavillon ne s'oblitère pas il y a péritonite généralisée, nous croyons qu'il n'est pas rare de voir un pavillon perméable dans la salpingite suppurée blennorrhagique.

Le 3 octobre dernier, nous opérions à l'hôpital Bichat une femme présentant une histoire clinique nette de blennorrhagie; le mucus utérin, examiné par M. Reymond, contenait des gonocoques. Pendant l'opération, en soulevant la trompe augmentée pour l'amener dans la plaie, nous vîmes sourdre du pavillon de grosses gouttes de pus, absolument identiques à celles qu'on voit tomber du méat dans la blennorrhagie uréthrale la plus typique.

Obs. II. — *Salpingite suppurée blennorrhagique.* — S. P..., 19 ans, cuisinière, entre le 22 septembre 1894 à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître, le professeur Terrier, que nous avons l'honneur de suppléer. Les premières règles sont venues à l'âge de 10 ans, toujours irrégulières, abondantes, indolentes, revenant tous les quinze jours ou trois semaines. Pertes blanches accompagnant les règles.

Le premier coït a eu lieu il y a sept mois. Il y a quatre mois cette malade, qui commençait une grossesse, a présenté des symptômes de blennorrhagie (douleurs en urinant, cuissons et rougeurs de la vulve, cystite, pertes jaunes tachant le linge). Elle a, à ce moment, consulté un médecin qui l'a examinée au spéculum à diverses reprises et qui lui a peut-être passé un hystéromètre (?). Toujours est-il que le 10 août elle faisait une fausse couche de

(1) Desguin. Collection tubo-péritonéale. *Bulletin de la Société belge de gynécologie*, Bruxelles, 1892, t. III, p. 98.

(2) Zedel. Ueber Cystenbildung am Ostium abdominale der Tube. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Stuttgartd, 1894, t. XVIII, p. 282. (Dans son mémoire Zedel relate un autre cas de Rosthorn où de même le pavillon libre baigne dans la poche suppurée.)

(3) Noble (Charles P.). Certain aspects of gonorrhoea in women. *Trans. of the American gynecolog. Society*, Philadelphia, 1892, t. XVII, p. 143.

trois mois et demi à la suite de laquelle se développaient les signes de salpingite pour lesquels elle entre à l'hôpital.

Le col est petit, régulier, conique, dans l'axe du vagin; le corps est petit, antéfléchi ; les annexes droites forment une tumeur lobulée, mobile, très douloureuse sur la partie postéro-latérale du cul-de-sac vaginal. Les annexes gauches, situées en arrière et à gauche, forment une tumeur petite, mal limitée, très douloureuse.

Le 3 octobre 1894, nous pratiquons la *cœliotomie* avec l'aide de notre interne M. Jourdan; anesthésie par M. Bourbon. Position élevée du bassin.

A droite, les annexes ne sont retenues que par quelques adhérences molles et faciles à détacher ; l'ovaire est kystique et présente à sa surface, lorsqu'on

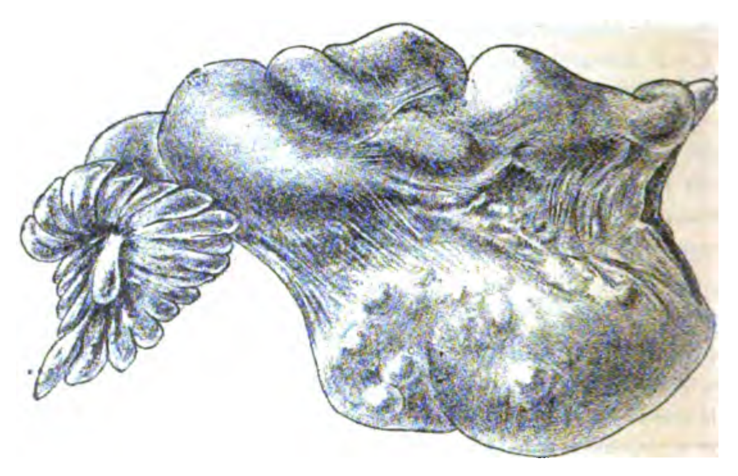


FIG. 2. — Salpingite blennorrhagique.
Une goutte de pus tombe du pavillon resté perméable.

l'amène dans la plaie, des débris rougeâtres de petites adhérences. La trompe épaisse, bien que molle, onduleuse, vascularisée anormalement, de teinte foncée, a des franges épaissies un peu revenues sur elles-mêmes ; par l'orifice perméable du pavillon sort une goutte de pus crémeux et jaune.

A gauche, mêmes lésions avec cette particularité que les adhérences sont un peu plus accentuées.

Ablation bilatérale des annexes. Réunion sans drainage, guérison. La malade quitte l'hôpital le 31 octobre.

Le mucus utérin, examiné par notre interne, M. Reymond, contenait des gonocoques. Il en était de même du pus de la trompe, que l'on n'aurait pu différencier, dans le champ du microscope, du pus d'une uréthrite subaiguë. On y trouvait en moyenne 15 leucocytes pour une cellule épithéliale

L'ovaire présentait de la sclérose périphérique et des kystes à contenu séreux.

Dans ce cas, la suppuration était exclusivement intra-tubaire. Que ce pus ait coulé du pavillon perméable au milieu des adhérences molles qui commençaient autour de lui et l'on se serait trouvé en présence d'un cas identique à notre observation I : pavillon libre baignant dans une poche purulente néoformée.

Chez une troisième femme, que nous avons opérée le 1er août 1893, nous avons trouvé des deux côtés des trompes enflammées, augmentées de volume, vascularisées mais perméables, avec des ovaires volumineux, scléro-kystiques. Nous fîmes d'un côté l'ablation, de l'autre nous nous contentâmes de pratiquer, à l'exemple de M. Pozzi, l'ignipuncture de l'ovaire. A notre grand étonnement, la trompe enlevée contenait un peu de muco-pus et ce muco-pus renfermait des gonocoques.

Nous assistions pour ainsi dire au passage de la phase suppurée de la salpingite gonococcienne à la phase catarrhale.

OBS. III. — *Salpingite à gonocoques* (1). — Pauline M..., âgée de 21 ans, blanchisseuse, entre le 24 juillet 1894 à l'hôpital Bichat.

Les antécédents héréditaires sont sans importance ; à 7 ans, elle a eu une rougeole bénigne ; étant enfant, elle a eu un peu d'incontinence d'urine : elle était déjà nerveuse.

Réglée à 15 ans : règles régulières, abondantes, durant quatre jours, non douloureuses. Pas de pertes blanches.

Elle se marie à 20 ans ; six semaines après son mariage, elle éprouve au moment de la miction de vives sensations de brûlure. Le docteur qui la soigne constate une blennorrhagie aiguë : des crayons d'ichtyol et de permanganate de potasse sont introduits dans l'urèthre.

Au bout de quelques semaines de traitement, les douleurs de la miction deviennent moins vives, mais l'écoulement vaginal persiste ; le docteur diagnostique une métrite, la traite avec des injections de permanganate de potasse, puis la décide à entrer à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Dr Bonnaire.

Celui-ci diagnostique aussi une métrite et la traite par des injections de permanganate et des tampons iodoformés.

Après un mois de séjour, elle quitte l'Hôtel-Dieu ; pendant cinq mois, elle va à la consultation et continue à suivre le même traitement.

(1) Cette observation a déjà été publiée dans la thèse de notre ami REYMOND (*Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la bactériologie des salpingites*, Paris, 1895).

Mais à ce moment (il y a deux mois de cela) les douleurs abdominales sont si fortes que la malade doit reprendre le lit ; les douleurs diminuent un peu sous l'influence du repos ; la malade cependant entre à l'hôpital Bichat.

Actuellement, la palpation de l'abdomen est douloureuse ; la région inguinale gauche est le siège d'une légère adénopathie, qui, au dire de la malade, a été beaucoup plus développée ; la région inguinale droite est, elle aussi, légèrement douloureuse.

Au toucher, le col est régulier ; son orifice est situé dans l'axe du vagin. Les annexes droites ont augmenté de volume : elles sont situées à droite et un peu en arrière de l'utérus : elles sont mobiles.

Les annexes gauches forment une masse à peu près fixe sur la partie latérale gauche de l'utérus ; la mobilité latérale a presque complètement disparu.

La malade est *opérée* le 1er août, par le Dr HARTMANN.

Du côté droit, on ne trouve pas d'adhérences aux annexes. L'ovaire est volumineux, polykystique ; les kystes contiennent un liquide séreux transparent ; il existe un petit kyste des franges.

La trompe est enflammée, assez rouge, un peu augmentée de volume, ses vaisseaux sont dilatés ; mais comme elle est souple et que son pavillon est perméable, on la laisse et on se contente de faire de l'ignipuncture au niveau des kystes de l'ovaire.

A *gauche*, les annexes sont réunies par des adhérences peu résistantes : la trompe est plus volumineuse que du côté opposé ; quoique le pavillon soit perméable, on pratique l'ablation des annexes.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DES PIÈCES. — L'ovaire est scléro-kystique : les kystes ont tous un contenu séreux et transparent.

La trompe a le volume d'un porte-plume ordinaire ; elle est un peu augmentée de longueur ; sa couleur est d'un rose assez vif, rouge violet au niveau des franges : celles-ci sont épaisses et boursouflées.

On trouve un kyste au niveau du pavillon et un autre dans l'aileron de la trompe.

L'EXAMEN IMMÉDIAT du liquide obtenu au niveau du pavillon en pressant sur la trompe, et surtout par raclage de la muqueuse, permet de trouver un petit nombre de *gonocoques* qui presque tous se trouvaient dans l'intérieur des cellules épithéliales. Dans le liquide venu de la trompe, on ne trouvait qu'une quantité insignifiante de leucocytes.

Toutes les CULTURES sont restées stériles.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Des coupes faites à la partie moyenne de la trompe permettent de se rendre compte des modifications suivantes. Les franges sont un peu déformées, plus volumineuses ; dans leur épaisseur on voit un assez grand nombre de cellules inflammatoires ; l'épithélium est cylindrique ; par places, les cils vibratiles sont bien conservés ; ces franges sont très vasculaires.

Le reste de la trompe est normal, à part une augmentation dans le nombre [illegible] volume des vaisseaux.

La salpingite à gonocoques n'est donc pas aussi grave que certains auteurs l'ont dit. Elle peut passer, comme la blennorrhagie uréthrale, de la phase suppurée à la phase catarrhale et probablement à la guérison. Comme elle ne s'accompagne pas nécessairement d'une oblitération du pavillon, elle ne voue pas nécessairement les femmes à la stérilité; notre expérience nous porte cependant à croire que celle-ci est habituelle, mais elle n'est pas nécessairement constante. La castration soit abdominale, soit vaginale, n'est donc pas indiquée dans tous les cas de salpingite blennorrhagique. C'est à déterminer ces cas et à préciser les indications de l'intervention opératoire que doivent tendre nos efforts. La phase de la castration double immédiate dans tous les cas de salpingite double blennorrhagique nous semble aujourd'hui passée. H. H.

REVUE ANALYTIQUE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Grossesse extra-utérine ayant duré onze mois et demi. (A case of ectopic gestation of eleven and half months duration), H. Gramm, de Philadelphie. *Am. J. of Obst.*, février 1892, p. 207.

D'un premier mariage, la malade a eu deux enfants. Mariée une seconde fois, il y a huit ans, elle n'a pas été mère de nouveau. Elle ne croit pas avoir eu d'inflammation pelvienne. Dernières règles, le 20 octobre 1890.

Le 9 décembre, pendant qu'elle écrivait, elle a été prise d'une douleur très vive dans le ventre avec tendance à la syncope ; de même le 24 décembre ; dès lors, la constipation s'établit, le ventre commença à grossir ; et la malade se crut enceinte et compta pour juillet 1891.

Le 16 août, elle éprouva de vives douleurs semblables à celles du travail, mais situées dans le bas-ventre ; les mouvements du fœtus se firent dès lors.

Le 1er septembre, elle commença de perdre un liquide aqueux brunâtre.

Elle consulta le Dr A. Barnes, qui reconnut une grossesse ectopique, et appela Gramm, le 5 septembre.

Le col était très élevé et rejeté à gauche, mou, déchiré et ouvert.

La cavité pelvienne était libre.

La figure que donne l'auteur montre que le sac fœtal était situé en avant et au-dessus de l'utérus antéversé.

Gramm s'assura, par le cathétérisme utérin, de l'indépendance de la tumeur et de l'utérus, qui avait 14 centim. de profondeur.

Il se décida à opérer le 6 octobre, avec l'aide du Dr Van Lennep.

En allongeant son incision avec les ciseaux, Gramm blessa légèrement l'utérus qui était très mou, et fut obligé d'y faire une suture avec de la soie.

Le vingt-sixième jour, le placenta fut extrait.

La cavité fut irriguée fréquemment avec du peroxyde d'hydrogène et bourrée de gaze.

Dès le septième jour, l'opérée commença de perdre par le vagin des lambeaux de caduque. Elle se remit bientôt. La température n'a jamais dépassé 38°,8.

A. Cordes.

La grossesse extra-péritonéale. (On the extra-peritoneal form of extra-uterine gestation), par Berry Hart, d'Edimbourg. *Amer. J. of. Obst.*, Mai 1894, I, p. 577.

Le fœtus peut se trouver dans le péritoine; mais la situation intra ou extra-péritonéale de la gestation est déterminée par le point d'insertion du placenta et on n'a jamais vu cet organe fixé sur la surface libre du péritoine. On tend à croire maintenant que la grossesse ectopique, à quatre mois ou au delà (l'auteur prend cette époque assez arbitraire, pour exclure la grossesse purement tubaire ou ovarienne), est extra-péritonéale puisque le placenta est hors du péritoine, que le fœtus soit, à ce moment, dans le péritoine ou en dehors.

Hart cite en français l'article de Dezeimeris, publié dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, sous le titre : *Grossesse sous-péritonéo-pelvienne*, dans lequel Dezeimeris dit : « Cette grossesse est le développement de l'œuf entre les feuillets des ligaments larges » et « la grossesse sous-peritonéo-pelvienne me paraît n'être point une grossesse extra-utérine rare ».

Hart étudie l'anatomie du fœtus et du placenta ; cette étude est trop étendue pour ce résumé. Puis il parle du traitement qui varie avec les cas. On peut quelquefois abandonner le placenta ; parfois son abandon cause la septicémie ; parfois on est obligé d'enlever tout le sac, en faisant la ligature et l'énucléation partielle (Breisky), ou d'énucléer le sac (Olshausen) après avoir lié les artères utérines et ovariques.

Hart termine son mémoire par l'observation d'un cas où le fœtus se trouvait dans le ligament large droit dans le tissu connectif pelvien, en arrière de la vessie.

Il incisa le sac, et détacha le placenta ; puis tamponna le sac et le sutura hors du péritoine. Le huitième jour, il put atteindre le sac fœtal, le creva et fit l'extraction du fœtus, qui avait 4 mois et demi. L'opérée était parfaitement remise au bout de sept semaines. Dr CORDES.

Un cas de grossesse tubaire présentant quelques particularités. Laparotomie. Guérison. (A case of tubal pregnancy with some particularities; abdominal section; recovery), par H. MEEK, de Londres (Ontario). *Amer. J. of Obst.*, janvier 1894, I, p. 84.

La tumeur se trouvait en avant et au-dessus de l'utérus ; celui-ci était rétroversé. La tumeur se contractait de temps en temps de façon à faire croire à une grossesse dans un utérus bicorne.

D[r] CORDES.

L'état actuel du traitement électrique de la grossesse extra-utérine. (Present position of the electrical treatment of extra-uterine pregnancy), par A. BROTHERS, de New-York. *Amer. J. of Obst.*, 1894, janvier, p. 56.

L'auteur a réuni 85 cas de sources diverses, et il termine son exposé en disant que c'est une « méthode simple, innocente, et qui a sa sphère propre d'utilité ». D[r] CORDES.

Un cas de grossesse ectopique. Mort du fœtus à 3 mois. Hémorrhagie mortelle à 4 mois. (A case of ectopic gestation; death of the fœtus at the third month, fatal hemorrhage outside of the sac, at the forth month), par I. S. STONE, de Washington *Amer. J. of Obst.*, août 1894, p. 500.

La malade avait eu plusieurs enfants. Elle était mourante

quand on l'apporta à l'hôpital. Stone fit la gastrotomie, mais l'opérée succomba presque immédiatement. L'abdomen était plein de sang. Stone regrette de n'avoir pu opérer plus tôt, ce qui aurait probablement sauvé la malade. Dr Cordes.

Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine, par le professeur Ott de Saint-Pétersbourg. *Vratch*, 1893, nos 1 à 17.

Le travail actuel du professeur Ott est la continuation d'une série d'articles parus dans le *Vratch* en 1891, avec la description de cinq cas de grossesse extra-utérine traités par la laparotomie ; le chirurgien en ajoute dix-sept autres vérifiés par la laparotomie. Nous avons donc là une série de vingt-deux grossesses extra-utérines avec observations détaillées et figures des pièces anatomiques.

L'auteur a de plus observé une soixantaine de cas non opérés ; ses conclusions se fondent ainsi sur une expérience personnelle très grande. Des expériences sur les animaux ont servi à éclairer certains points d'anatomie pathologique de la grossesse tubaire, en particulier les épanchements sanguins ; l'auteur a pu se convaincre de la réalité de l'enkystement du sang épanché dans le péritoine sain à l'aide d'une membrane propre ; et ce mode de formation d'une hématocèle doit être admis à côté de l'épanchement dans une cavité pathologique préexistante et de la formation d'une paroi par agglutination des viscères. L'hématocèle d'ailleurs est souvent confondue avec l'hématosalpinx méconnu, qui est plus fréquent qu'on ne le croit généralement. L'altération profonde des tissus de la trompe gravide explique parfaitement les hémorrhagies, soit dans la cavité de l'organe, soit dans le péritoine.

Les ovaires présentent une hyperhémie plus notable que celle qui accompagne la grossesse normale ; les corps jaunes atteignent un volume au moins double de celui que l'on trouve d'ordinaire ; deux fois le centre du corps jaune était occupé par une cavité à contenu épais, gluant.

Dans trois cas seulement il y a eu issue de la caduque utérine ; dans tous les autres la muqueuse dégénérait sur place et l'examen de ses débris a souvent servi le diagnostic par la présence constante des cellules absolument caractéristiques.

Quant au traitement, le professeur Ott a souvent exprimé son

opinion sur l'intervention chirurgicale : la laparotomie est la seule rationnelle et radicale et ses contre-indications sont exceptionnelles. L'opérateur est arrivé à substituer au drainage classique de Mikulicz le drainage par le cul-de-sac de Douglas qui favorise infiniment mieux l'écoulement des sécrétions post-opératoires dans ces régions déclives. M. N. WILBOUSCHEVITCH.

Des indications opératoires dans les stades de régression de la grossesse extra-utérine, par le professeur D. O. OTT. *Vratch*, n° 37, 1892.

Deux ordres d'accidents appartiennent à la grossesse extra-utérine, après la mort de l'embryon ou du fœtus. Les uns, sous la dépendance des altérations pathologiques du sac fœtal, sont très graves et sont généralement traités par l'opération : les hémorrhagies internes répétées, les douleurs, la suppuration du kyste, la péritonite ; les autres, moins étudiés, sont des phénomènes sympathiques, qui se passent dans la sphère génitale et qui se rapprochent de ceux de l'avortement incomplet. L'involution utérine ne se fait pas, il y a de l'hyperhémie, des métrorrhagies rebelles et graves à la longue, des déplacements de l'utérus ; les accidents deviennent aigus aux époques menstruelles. Dans ces cas, les traitements palliatifs, y compris le curettage, ne donnent aucun résultat satisfaisant. L'auteur considère la laparotomie comme absolument indiquée et indispensable, aussitôt qu'on aura acquis la conviction que le kyste fœtal ne se résorbe pas (grossesse interrompue dans sa première moitié) ou que les vaisseaux du placenta sont oblitérés (sac fœtal de plus de quatre mois). La résorption du kyste fœtal est d'ailleurs bien illusoire et les atermoiements peuvent coûter la vie à la malade. L'auteur se base sur vingt laparotomies qu'il a exécutées pour des grossesses extra-utérines. M. N. WILBOUSCHEVITCH.

Un cas de grossesse extra-utérine avancée ; laparotomie, enfant vivant. (A case of advanced extra-uterine gestation), C. J. CULLINGWORTH. *Brit. med. Journ.*, décembre 1894, p. 1422.

On s'accorde généralement sur la conduite à suivre dans les cas de grossesse extra-utérine avancée. Mais les avis divergent au sujet du *choix de l'intervention, quand l'enfant est vivant.* L'enfant étant vivant, le grand danger est au placenta. Or, on a

conseillé : A) d'enlever le délivre au moment de l'intervention. Mais pour cela, il faudrait — éventualité rare — pouvoir lier les vaisseaux qui apportent le sang au placenta ; B) de le laisser en place. Et, dans cette seconde manière de faire, on peut se comporter de deux façons : 1° fixer les parois du sac aux bords de l'incision abdominale ou bien fermer la plaie abdominale, sauf en son angle inférieur où l'on amène le cordon qui servira plus tard à extraire le délivre. Cette manière de faire entraîne des dangers constants de résorption septique ; 2° couper le cordon au ras du placenta, fermer totalement la plaie abdominale, en attendant la résorption complète du placenta, ou, à son défaut, faire une opération secondaire pour extraire l'arrière-faix (L. Tait). En faveur de ce mode de conduite, Tait invoque surtout deux arguments : a) avec la grossesse extra-utérine, pas de contractions capables d'empêcher l'hémorrhagie au niveau de l'aire placentaire ; b) dans certaines grossesses extra-utérines parvenues au delà du terme normal, les tissus ovulaires, sauf peut-être les os, ont pu être résorbés, et le tissu placentaire en premier lieu. D'où la déduction thérapeutique : Dans le cas de grossesse extra-utérine avancée, enlever l'enfant ; espérer la résorption spontanée de l'œuf, et, celle-ci n'ayant pas lieu, ouvrir de nouveau le ventre et extraire l'arrière-faix.

L'auteur a suivi cette méthode de Tait dans le cas suivant :

X..., 33 ans, IIIpare. Première grossesse, treize ans auparavant, parvenue à terme ; deuxième grossesse, trois ans auparavant, interrompue à 5 mois environ. Dernières règles, mars ou avril 1894. Cette grossesse a été troublée, à plusieurs reprises, par des crises abdominales très douloureuses, s'accompagnant en certains cas d'écoulement sanguinolent par le vagin, et de douleurs ayant le caractère expulsif. En janvier, la grossesse extra-utérine est formellement reconnue. Opération, d'après la méthode de L. Tait. Elle permit l'extraction d'un enfant qui, de suite, cria vigoureusement. Les suites de l'opération, relativement à la mère, sauf quelques douleurs dans le ventre et, de temps à autre, des élévations de la température, furent plutôt satisfaisantes jusqu'au vingt-quatrième jour. Ce jour-là, frisson violent qui dura dix minutes environ et fut suivi de vomissements. De plus, anorexie, agitation, sueurs, douleurs dans le ventre, en somme symptômes traduisant des accidents de résorptions septiques. *Seconde cœliotomie.* Le placenta se présente dans la plaie, intestin grêle et épiploon étaient adhérents au sac. Pendant le décollement de l'arrière-faix, quantité considérable de liquide purulent s'échappe probablement de l'intérieur de ce qui restait du sac amniotique. Après liga-

ture du ligament large droit, le placenta, qui avait contracté des adhérences avec la surface postérieure de la vessie et avec l'utérus, fut enlevé. Après quoi on fit une toilette soigneuse du bassin, les vaisseaux qui donnèrent du sang furent liés et le ventre fermé. *Mort* sept heures et demie après l'opération, après deux crises de collapsus et malgré l'emploi de sérum artificiel.

Malgré ce résultat malheureux, l'auteur est décidé, le cas échéant, à suivre la même pratique. Le plus grand risque à courir, c'est la septicémie ! Le succès est subordonné essentiellement à l'état d'asepsie du placenta. Sans doute, le voisinage de l'intestin est une cause possible de contamination. Peut-être peut-on augmenter les chances de succès en laissant saigner autant que possible le cordon, en le coupant ensuite le plus ras possible du placenta, et en enlevant le plus possible de l'amnios et des autres parties constituantes du sac ovulaire.

R. LABUSQUIÈRE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bloom. A plea for more patience in the care and treatment of infantile reproductive organs in the female, with notes of three cases. *Unio. M. Mag.*, Phila., 1894-1895, VII 72-77. — **Bodenstein.** Die Kachexia leukorrhoica und deren Belhandlung. *Zeitsch. f. arztl. Landpraxis*, 1894, III, 353. — **Byron Robinson.** Observations on the peritoneum in twenty-five autopsies. *The American Journal of obstetrics*, New-York, février 1895. t. I, p. 186. — **Collins.** Nervous Impulses controlling Menstruation and Uterine Hemorrhage *Brit. Med. J.*, janvier 1895, p. 66. — **De Vos.** Etude de l'innervation de l'ovaire. *Bull. Acad. roy. de méd. de Belg.*, Brux., 1894, VIII, 552-558. — **Dickinson.** Bicycling for women from the stand point of the gynecologist. *Am. J. obst.*, N.-Y., 1895, XXXI, 24. — **Elsner.** A clinical report showing the tolerance of the peritonœum and nature's Kindness to the surgeon. *Americ. gynæc. and obstetr. Journ.*, N.-Y., 1895, t. VI p. 332. — **Edson.** Is hysteria a disease of females only ? *The American Journal of obstetrics*, New-York, février 1895, p. 170, t. I. — **Fœrster.** Comparative microscopical studies of the ovary. *Am. J. obst.*, N.-Y., XXIX, 145 ; XXX, 632 — **Frances Storrs.** Education a Factor in the prophylaxis of diseases of women. *Medical Record*, New-York, 29 décembre 1894, p. 804. — **Herzen.** De la voie vaginale dans la résection du rectum pour rétrécissement non cancéreux ou colpoproctectomie. *Rev. méd. de la Suisse Rom.*, Genève, XIV, 687. — **Holmes.** Some cases that

led to invalidism in women. *South. M. Rec.*, Atlanta, 1894, XXIV, 597 ; 647. — **Kupferberg.** Ueber den Zusammenhang von Allgemeinerkrankungen mit solchen der Genitalsphäre beim Weibe. *Med. chir. Centralbl.*, Wien, 1894, XXIX, 650 ; 661. — **Kuttner.** Ueber Magenblutungen und besonders über deren Beziehung zur Menstruation. *Berlin klin. Wochens.*, 1895, n° 7, p. 142. — **Lrow.** Lésions des organes génitaux de la femme produites pendant le coït. *Nouv. Archives d'obst. et de gynéc.*, 25 décembre 1894, p. 529. — **Mackenrodt.** Ueber die Ursachen der normalen und pathologischen Lagen des Uterus. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLVIII, Hft. 3, p. 393. — **Marocco.** Sulla craurosi dei genitali esterni. *Riforma med.*, Napoli., 1894, X, 798-801. — **Massalonga.** Erisipela periodica catameniale. *Riforma med.*, Napoli, 1894, X, 39-42. — **Menge.** Ueber ein bacterienfeindliches Verhalten der Scheidensecrete Nichtschwangerer. *Deutsch. med. Wochensch.*, Leipz. u. Berl, 1894, XX, 867, 891, 907. — **Mouson and Rattray.** Notes of abdominal and pelvic cases. *Edinburgh medical Journal*, janvier 1895. — **Polk.** La chirurgie conservatrice des organes pelviens de la femme. *Rev. obst. et gyn.*, Par., 1894, 27. — **Raboglìati.** On some symptoms which simulate Disease of the Pelvic organs in women. *Brit. med. J.*, janvier 1895, p. 67. — **Roesger.** Zur fötalen Entwicklung des menschlichen Uterus, insbesondere seiner Musculatur. *Festschr. z. Feier* d. 50. *Jubil. d. Gesellsch. f. Gebursh. u. Gynäk. in Berl.*, Wien, 1894, 9-52. — **Ruppolt.** Zur Kenntniss überzhäliger Eierstocke. *Arch. f. Gynæck.*, Berl., 1894, XLVII, 646-653. — **Sippel** Beitrag zur primären Genitaltuberkulose des Weibes nebst Bemerkungen zur Bauchfelltuberculose. *Deutsch. m. Wochensch.*, *Leipz. u. Berl.*, 1894, XX. 974. — **Tait (Lawson).** Note on the processes of menstruation. *Buffalo medical and surgical Journal*, 1895, p. 585. — **Thoma.** Ueber einen Fall von Menstrualpsychose mit periodischer Struma und Exophthalmus. *Allg. Ztschr. f. Psychiat.*, etc. Berl., 1894, LI, 590-601.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Apostoli.** Travaux d'électrothérapie gynécologique. *Archives semestrielles d'électrothérapie gynécologique.* Vol. I, fasc. I et II, Par., 1894. — **Braun von Fernwald.** Die Dilatation des Cervicalcanales und der Vaginalstenosen durch Drainröhren. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1894, VII, 861. — **Crofford.** Subcutaneous injections of liquids in acute hæmorrhagie. *Am. Gynæc. a. Obst. J.*, N.-Y., 1895, VI, 54. — **Dillard.** Curettage of the uterus. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1894-1895, XXI, 724-727. — **Heffter.** Die intern wirkenden Hæmostatica in der Gynækologie, février 1895, Hft. 2, p. 131. — **Herman Mynter.** Sarcoma of abdominal cavity cured by toxins of erysipelas. *Medical Record*, New-York, 9 février 1895, t. I, p. 167. — **Hickman.** Notes upon a case of perforation of the uterus during curettage *Medical News*, Philadelphia, 2 mars 1895, t. I, p. 242. — **Kennedy Fleming.** An aseptic Goodell Dilator. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Boston, janvier 1895, vol. LVI, p. 254. — **Lewis.** The injurious effects of pessaries. *Ann. Gync. and Pæd.*, Phila , 1894-1895, VIII, 159. — **Orthmann.** Salipyrin bei Gebärmutterblutungen. *Berl. klin. Wochensch.*, février 1895, p. 145. — **Rumpf.** Pelvic massage in gynecology. *Am. J. obst.*, N.-Y., 1895, XXXI, 37.

VULVE ET VAGIN. — **Berry Hart.** Épithelioma vulvæ. *The Practi-*

tionner, Londres, février 1895, p. 118. — **Condamin**. Note sur une observation de fibrome juxta-uréthral du vagin. *Arch. prov. de chir.*, Par., 1894, III, p. 569-572. — **Münz**. Das primäre Scheidensarkom bei Kindern und Erwachsenen. *Frauenartz*, Berl., 1894, IX, p. 297, 362, 394, 454, 491. — **Oliver**. On a peculiar crackling (emphysematous) sensation in the vaginal canal. *Brit. M. J.*, Lond., p. 805. — **Rohrbach**. *Ueber das primäre Carcinom der Vagina nebst Mittheilung eines Falles aus der Universitäts-Frauen-Klinik Greifswald*. Greifswald, 1894. — **Routh**. Affections of the vulva; before puberty, during menstrual life, and after the menopause. *Clin. J. Lond.*, 1894-1895, V, p. 92-96. — **Schuhl**. Utérus et vagin doubles. *Archives de tocologie*, 1895, p. 152. — **Smet**. Diphtérie vaginale, rétrécissement du vagin. opération plastique consécutive. *Clinique Brux.*, 1894, VIII, 737-739. — **Vineberg**. Congenital annular stenosis of the vagina; on improved method of operating. *Med. Rec.*, N.-Y., 1894, XLVI, p. 1-32.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Carpenter**. Mechanical and surgical methods of treating retrodisplacements of the uterus. *Am. J. Obst.* N.-Y., 1894, XXX, p. 818-826. — **Dhaine**. *Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide*. Lille, 1894. — **Dudley**. A new operation for procidentia uteri. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1894, XXX, p. 837-845. — **Engelhardt**. Zur chirurgischen Behandlung des Prolapsus uteri u. vaginæ. *Berl. u. Arb. a. d. Univ. Frauenklin. zu Dorpat*, Wiesb., 1894, p. 626-697. — **Fenwick**. Abdominal hysteropexy. *Am. Gynaec. a. Obst. J.*, N.-Y., 1894, p. 645-647. — **Herff**. Ventrofixatio uteri, insbesondere der transperitonealen Methode. *Munchen. med. Wochnschr.*, 1894, XLI, 797-800. — **Jacobs**. Suites tardives de l'hystéropexie abdominale. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, n° 7, 1895, p. 242. — **Parisot**. Traitement du prolapsus utérin. *Revue médicale de l'Est*, mars 1895. — **Penrose**. Ventrofixation of the uterus. *Am. J. of Obst.*, mars 1895, p. 346. — **Peters**. Incarceration der elongarten Portio vaginalis. *Cent. f. Gyn.*, n° 3, 1895, p. 70. - **Rollowicz** Quelques cas d'hystéropexie *Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 mars 1895, p. 140. — **Sänger**. Ein bestimmtes Zeichen für angeborene Rückwärtslage des Uterus. *Festschr. z. Feier d. 50. Jubil. d. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. in Berl.*, Wien, 1894, p. 161-163. — **Schmid**. Ueber Prolapsoperationen der Züricher Frauenklinik aus den Jahren. *Arch. f. Gyn.* Bd. XLVIII, Hft. 3, p. 435. — **Tellier**. De la périnéorrhaphie immédiate secondaire. *Lyon médical*, p. 326.

MÉTRITE, ULCÉRATIONS, ETC. — **Humiston**. The treatment and management of corporeal endometritis, and a word as to prophylaxis in tubal and ovarian diseases *West. Reserve M. J.*, Cleveland, 1894-1895, III, 97-101. — **Potter**. Inflammatory disease of the uterus and appendages and of the pelvic peritoneum. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1894, XXX, 609-645. — **Werth**. Ueber Hæmatometra in der verschlossene unvollkommen entwickelten Hälfte eines Uterus bilocularis. *Arch. f. Gyn.* Bd. XLVIII, Hft. 3, p. 422.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Anderson**. On the surgical treatment of uterine fibroïds, with the report of two cases of successful abdomino-isterectomy. *Medical Record*, New-York, 26 jan-

vier 1895, t. I, p. 100. — **Aslanian**. Un cas intéressant de fibrosarcome télangiectasique de l'utérus; persistance anormale du corps de Wolff. *Marseille méd.*, 1894, XXXI, 585-590. — **Baldy**. Removal of the uterus and annexa for puerperal sepsis. *The American gynecological and obstetrical Journal*, New-York, janvier 1895, t. VI, p. 25. — **Binaud**. Volumineux fibro-myôme utérin pédiculé à évolution abdominale simulant une tumeur solide de l'ovaire; laparotomie; myomectomie; guérison. *Gaz hebd. des. sc. méd. de Bordeaux*, 1894, XV, 582-584. — **Boldt**. Die Therapie der myofibrome des Uterus. *N.-Yorker med. Monatschr.*, 1894, VI. 392-402. — **Baudron**. *De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus*. Paris, 18?4 — **Braun von Fernwald**. Zur Technik der Myomotomien. *Wien. med.*, Bl. 1894, XVII, 753, 777, 791. — **Ceci**. Sulla cura dei fibromiomi uterini e specialmente sulla cura operativa per via abdominale. *Policlin.*, Roma, 1893-1894, I, 234, 278, 334. — **Chislett**. Three cases of abdominal hysterectomy. *Med. Current*, Chicago, 1895, XI, 3. — **Clarke**. The treatment of fibromyoma of the uterus. *Annals of gynecology and pediatry*, Philadelphia, juin 1894, vol. VII, p. 524. — **Deale** (**Henry**). Sarcoma fundi uteri. *The American Journal of obstetrics*. New-York, février 1895, t. I, p. 200. — **Dorff**. Méthode perfectionnée du traitement intra-péritonéal du pédicule après myomohystérectomie abdominale. *Presse méd. belge*, Brux., 1894, XIVI, 409. — **Garceau**. Vaginal hysterectomy as done in France. *Am. J. of Obst.*, mars 1895, p. 305. — **Garrigues**. Vaginal hysterectomy and oophorectomy after symphyseotomy. *Medical Record*, New York, 23 février 1895, t. I, p. 234. — **Goffe**. Vaginal hysterectomy by enucleation without ligature or clamp. *Med. Rec.*, N.-Y, 1894, XLVI, 691. — **Gunning** Inter-polar application of electricity of low amperage in the treatment of uterine fibroïds. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1895, XXXI, 48, 55. — **Hall** (**Rufus B**). Total extirpation for fibroïd uterus. *The Cincinnati Lancet clinic*, 1895, p. 239. — **Homans** (**John**). The surgical treatment of fibroïd tumors of the uterus. *Boston med. and surg. Journ.*, 1895, t. I, p. 221. — **Jesset**. Lectures on the cancer of the uterus. *Prov. M. J.*, Leicester, 1894, XIII, 282, 338. — **Kessler**. Einige Bemerkungen über Myomoperationen. *St.-Petersb. med. Wchnschr.*, 1894, n. F., XI, 344-346. — **Kurz**. Vaginale Hysterektomie unter trokener Aseptik und mit Schliessung des Peritoneum. *München med. Wochnschr.*, 1894, XLI, 948. — **Laurent**. Fibromyômes et sarcomes utérins. *Clinique*, Brux., 1894, XIII, 629 635. — **Lewers** Primary carcinoma of the body of the uterus in a patient forty-four years of age, in which vaginal hysterectomy was perfomed more than two years having elapsed without recurrence. *Lancet*, Lond., 1894, II, 1424. — **Ludlam**. Interstitial uterine sarcoma; abdominal hysterectomy: death. *Clinique*, Chicago, 1894. XV, 549-551. — **Madden**. On the pathology and treatment of fibroïd tumours of the uterus. *Med. Press. a. Circ.*, Lond., 1894, n. s. LVIII, 527, 553. — **Mendes de Léon**. Extirpatio uteri totalis. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, Amst, 1894, XXX, pt. 2, 275-277. — **Meola**. Isterectomia per utero miomatosa prolassato, guarigione. *Riforma med.*, Napoli, 1894, X, pt. 4, 135-139. — **Montaigne**. *Contribution à l'étude du traitement du cancer de l'utérus* (en dehors de la grossesse, curettage et cautérisation ignée). Lille, 1894. — **Murphy**. Imperforate hymen. Imperforate os uteri: Hæmatometra, Hysterectomy. *Brit. Med. J.*, janvier 1895, p. 65. —

Noble. A case of carcinoma of the parturient uterus, removed three days after confinement ; recovery ; *Am. Gynaec. and Obst. J.*, N.-Y., 1895, VI, 36. — **Ostrom**. Abdominal hysterectomy. *N.-York, M. Times*. 1894, XXII, 321-326. — **Parry**. The absorbtion of fibroïd tumors of the uterus after abdominal section. *Australas. M. Gaz.*, Sydney, 1894, XIII, 329. — **Perske**. *Ein Fall von Sarcoma deciduo-cellulare*, Anklam, 1894. — **Pilliet et Costes**. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des fibromes de l'utérus et de ses annexes. *Compt. rend. Soc. d. biol.*, Paris, 1894, I, 660-662. — **Polk**. Vaginal hysterectomy by morcellement for fibroïds based upon six cases. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1894, XXX, 753-758. — **Poucel**. Quatre-vingts hystérectomies vaginales. *Gaz. des hôp.*, Paris 1894, LXVI, 1207. — **Pryor**. A new and rapid method of dealing with intra-ligamentous fibro-myomata. *Med. News*, Phila., 1894, LXV, 602. — **Rendu**. Corps fibreux de l'utérus. *Lyon médical*, 1895, p. 82. — **Reusing**. Vaginale Totalextispation des graviden Uterus. *Munchener med. Wochnschr.*, 1894, XLI, 846. — **Richelot**. *L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses*, Par., 1894. — **Roche**. Total extirpation of the uterus and annexa per vaginam in inflammatory diseases of the pelvis. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1894-1895, XXI, 948-960. — **Rufus B. Hall**. Fibroïd tumor of the uterus. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 26 janvier 1895, p. 99. — **Sorel**. Ovarite double douloureuse avec métrite du col ; hystérectomie vaginale, guérison. *Union méd.*, Par., 1894, 3, s., LVIII, 414-417. — **Walthard**. Semi-amputatio uteri gravidi bei Gravidität im rudimentarin Uterushorn mit völliger Genesung und späterer normal verlaufenden Schwangerschaft in der zurückgelassenen Uterushälfte. *Cor. Bl. f. schweiz. Aerzte*, Basel, 1894, XXIV, 777-783. — **Wheeler (Leonard)**. The treatment of uterine fibroid, with report of cases. *The Boston medical and surgical Journal*, 1895, t. I, p. 103. — **Wichert**. Ueber vaginale Myomotomie *Berl. u. Arb. a. d. Univ. Frauenklin. zu Dorpat*. Wiesb., 1894, 698-772.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. AFFECTIONS NON-NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Bowreman. Jesset**. Case of large polypoïd growth in the uterus becoming sarcomatous. *The Lancet*, London, 23 février 1895, t. I, p. 480. — **Colgrove**. A few practical points in the diagnosis and treatment of pelvic hæmatocele. *Americ. gynæc. and obstetr. Journ.*, N.-Y., 1895, t. VI, p. 328. — **Coudamin**. Traitement par la voie vaginale des hématocèles et des grossesses extra-utérines avec rupture du kyste fœtal. *Archives de tocologie*, 1895, p. 152. — **Cordier**. Hydrosalpinx. *Annals of gynæc. and pæd.*, Boston, novembre 1894, p. 99. — **Dorsett**. The present status of the treatment of pelvic inflammation ; or, how shall we deal with pelvic inflammatory troubles? *Am. J. Obst*, N.-Y., 1894, XXX, 698-705. — **Fordyce**. The clinical aspects of utero-sacral cellulitis. *Edinburgh medical Journal*, mai 1895, p. 800. — **Graefe**. Ein Beitrag zur Frage der Behandlung von Tubensäcken. *Festschr. z. Feier d. 50 Jubil. d. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. in Berl.*, Wien, 1894, 115-126. — **Guillemain**. La tuberculose de l'ovaire. *Rev. de chir.*, Par., 1895, XIV, 981-1012. — **Henrotay**. Annexites après curettage. *Bulletin de la Société belge*, 1895, p. 27. — **Hermann E. Hayd**. Treatment of tubal disease. *Annals of gynæc. and pæd.* Philadelphia, juin 1894, vol. VII, p. 510. — **Kaplau-Lapina**. The treatment of catarrhal Salpingitis by

electricity. *Annals of gynæc. and pæd.*, février 1895, p. 318. — **Kellogg**. Medical treatment of ovarian disease. *Med. Standard*, n° 2, 1895, p. 45. — **Labadie-Lagrave** et **Basset**. Diagnostic et traitement médical des salpingites. *Semaine médicale*, 9 janvier 1895. — **Nisot**. Trois observations d'abcès pelviens. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1895, p. 11. — **Peck**. Report of four cases of appendicitis. *Annals of gynæc. and pæd.*, Boston, novembre 1894, p. 81. — **Penrose**. Tuberculosis of the Fallopian tubes. *Tr. M. Soc. Penn.*, Phila., 1894, XXV, 298-300. — **Pichevin**. Hystérectomie vaginale et hémorrhagies. *Gaz. méd. de Paris*, 1895, p. 121. — **Polk**. The vaginal or infrapubic method of operating upon suppurative diseases of uterus and appendages. *The American Journal of obstetrics*, New-York, février 1895, t. I, p. 194. — **Rhoads**. Removal of diseased appendages resulting from closure of the cervix; report of a case. *Med. and Surg. Reporter*, Phila., 1894, LXXI, 889-891. — **Ross**. Personal experience with pus tubes; when to operate; how to operate; and the results of operation. *Am. J. Obst.*, N.-Y; 1894, XXX, 667-697. — **Turgard**. Thérapeutique conservatrice de la salpingite. *Annales de la policlinique de Lille*, octobre 1894, p. 109. — **Wallaert**. *Du traitement de l'hématocèle rétro-utérine*. Lille, 1894.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Bacon** (J.). The extirpation of pelvic growths by the Kraske method. *The American Journal of obstetrics*, New-York, février 1895, t. I, p. 207. — **Bantock**. 1) Double ovarian fibroid. 2) Two cases oft soft fibroid of the uterus removed by hysterectomie. *Brit. Gynæc. J.*, Lond , 1894-1895, X, 303. — **Barette**. Vingt-cinq cas de kystes de l'ovaire. *Année médicale de Caen*, 15 mars 1895. — **Bradley**. Ovarian sarcoma with ascites; operation; recovery. *Med. News*, Phila., 1895, LXVI, 44-46. — **Briddon**. Extra-uterine pregnancy; laparotomy. *Ann. Surg.*, Phila., 1895, XXI, 63-65. — **Buchanan**. Multilocular Cyst of ovarian or mesenteric abdominal section; recovery. *Brit. med. J.*, janvier 1895, p. 122. — **Cooper**. Ovariotomy; a fibroid tumor in the abdomen and a dermoid cyst in the pelvic cavity. *Am. M. J.*, St-Louis, 1894, XXII, 495-497. — **Cordier**. Sarcoma of ovaries. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1895, XXXI, 55-58. — **Cortiguera**. Quisto ovarico supurado; probable torsion del pediculo; laparotomia, desagui, legrado y rellew, curacion. *Anal. de obstet. ginec. y pediatria*, février 1895, p. 41. — **Cullen**. Angio-sarcoma of the ovary. *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, 1894, V, 134. — **Cullen**. Papillo-cystoma of the ovary. *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, Balt., 1894, 103. — **Dermigny**. *Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme*, Paris, 1894. — **Elliott**. The pathology of pelvic inflammations in women. *Annals of gynæc. and pæd.*, Philadelphia, juin 1894, vol. VII, p. 519. — **Faguet**. Tumeur mixte de l'ovaire droit; kyste dermoïde et endothéliome. *Gazette hebdomadaire des sc. méd. de Bordeaux*, 10 février 1895. — **Fraisse**. Sur une complication rare de l'ovariotomie. *Ann. de médecine scient. et prat.*, Paris. 1894, IV, 361-364. — **Greene Cumston**. Parietal fibro-myomata. *Annals of gynæc. and pæd.*, Boston, janvier 1895, vol. VIII, p. 229. — **Guinard**. Diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire. *Union méd.*, Paris, 1894, s, s., LVIII, 735-739. — **Hogner**. A case of fibrocystic disease of both ovaries, total extirpation of the tumor and uterus, recovery. *Boston M. and S. J.*, 1894, CXXXI, 485. — **Jacobs**. 172

cœliotomies pour néoplasmes ovariens. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, n° 7, 1895, p. 237. — **Janvrin.** Hematoma of left broad ligament; cystic degeneration of right ovary. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1895, XXXI, 67. — **Köring.** *Ueber Recidive von ovarialtumoren mit besonderer Berücksichtigung zweier in der Greifswalder gynäkologischen Klinik beobachteten Fäll*, Greifswald, 1894. — **Lambilliotte.** *Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire*, Lille, 1894. — **Mann.** Intraligamentary cyst. *Internat. clin.*, Phila., 1894, 4 s., III, 291. — **Mathews-Owens.** Successful Ovariotomy on a Patient in her eightg-seventh year upon whom Ovariotomy had also been performed when she was nearly eighty years of age. *The Lancet*, mars 1895, p. 542. — **Mickwitz.** Ueber die anatomische und klinische Bedeutung der Stieltorsion; ein kasuistischer Beitrag zur Pathologie der Eierstocksgeschwülste. *Berl. u Arb. a. d. Univ.-Frauenklin. zu Dorpat*, Wiesb., 1894, 606-650. — **Mumford.** Ultimate results of the removal of ovaries and tubes. *The Boston medical and surgical Journal*, 14 février 1895, t. I, p. 153. — **O'Callaghan.** A strangulated ovarian cyst with hæmorrhage into the cyst cavity followed by suppuration. *Brit. Gynæc. J.*, Lond., 1894-1895, X, 171. — **Pfannenstiel.** Ueber die papillaren Geschwülste des Eierstocks. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLVIII, Hft. 3, p. 507. — **Pick.** Die von den Endothelien ausgehenden Geschwülste des Eierstocks. *Berl. klin. Wchnschr.*, 1894, XXXI, 1017, 1046. — **Rendu.** Fibrome de l'ovaire. *Lyon médical*, 1895, p. 119. — **Reverdin.** Kystes dermoïdes des deux ovaires chez une vierge. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 février 1895. — **Rufus B. Hall.** Intra-ligamentous Cyst. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 26 janvier 1895, p. 99. — **Rufus B. Hall.** Ruptured papillomatous ovarian cyst followed by general peritonitis : operation; recovery. *The Cincinnati Lancet Clinic.*, 2 février 1895, p. 117. — **Schultze.** Echinococcus des rechten Ovarium neben zahlreichen Echinococcen des Peritoneum. *Festschr. z. d. Jubil. d. Gesellsch. d. Geburtsch. u. Gynäk. in Berl.*, Wien, 1894, 127-136. — **Sutton.** Last one hundred abdominal sections for removal of ovarian tumors and diseased uterine appendages. *Pittsburgh, M. Rev.*, 1894, VIII, 326-332. — **Tournay.** Grossesse extra-utérine tubo-abdominale à terme. Laparotomie. Guérison. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, n° 7, 1895, p. 244. — **Warfinge.** Un cas de myôme du rectum simulant un kystome ovarien. *Gaz. de Gynéc.*, Paris, 1894, IX, 345. — **Webster.** Case of large unilocular blood-cyst developing in the wall of the uterus after the menaupose. *The American Journal of medical Sciences*, Philadelphia, mai 1895, p. 277.

ORGANES URINAIRES — **Blake.** Vesico-utero-vaginal fistula. *Boston M. a. S. J.*, 1894, CXXXI, 610. — **Boise.** Suppression of urine after abdominal section. *Ann. Gyn. et Pædiat.*, Phila., 1894-1895, VIII, 153. — **Coursier.** *Traitement des cystites chroniques rebelles chez la femme par le curettage vésical pratiqué par la voie uréthrale.* Paris, 1894. — **Edebohls.** Notes on movable Kidney and nephrorrhaphy. *The American Journal of obstetrics*, New-York, février 1895, p. 161, t. I. — **Frank.** Ueber artificiellen Prolaps behufs Heilung hoher Fisteln, etc. *Fertschr., z. Feier d. 50. Jubil. d. Gesellsch. f. Geburtsh. ü. Gynäk. in Berl.*, Wien, 1894, 137-151. — **Krug.** Report of a successful case of implantation of the severed ureter into the bladder. *Ann. Gynæc. a. Obst. J.*, N.-Y., 1894, V, 495-497. — **Loumeau.** Résection involontaire de la

vessie au cours d'une laparotomie. *Mém. et bull. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 1894, 370. — **Loumeau**. Troubles douloureux de la miction d'origine utérine. *Mém. et bull. Soc. de méd. et chirurg. de Bordeaux*, 1894, 597. — **Mackenrodt**. Demonstration eines Präparates von Ureter-Uterusfistel. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1894, XXXI, 1052. — **Mackenrodt**. Zur Frage der Nierenexstirpation bei Ureterscheiden, und Uretergebärmutterfistel: ein geheilter Fall von Uretergebärmutter fistel. *Berl. klin. Wochensch.*, 1894, XXXI, 1149. — **Norris** (**R**.). Puerperal infection of the urinary tract and of the rectum. *The American gynecological and obstetrical Journal*, New-York, janvier 1895, t. VI, p. 30. — **Penrose**. Secretion of urine after cœliotomy. *Univ. M. Mag.*, Phil., 1894-1895, VII, 261. — **Schauta**. Ueber die operation fixierter Blasenscheidenfisteln. *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynæck.* Berl, 1895, I, 8-11.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Baker** (**W. H.**). Removal of the uterine appendages for nervous diseases. *Boston med. and surg. Journal*, 1895, t. I, p. 224. — **Boise**. Suppression of Urine after Abdominal Section. *Ann. of Gynæc. and Pædiat.*, décembre 1894, p. 153. — **Davis** (**E.**). When shall cœliotomy be performed in the treatment of puerperal sepsis. *The American Journal of obstetrics*, New-York, février 1895, t. I, p. 155. — **Donat**. Die castration bei Osteomalacie. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, février 1895, Bd. I. Hft. 2, p. 168. — **Durand**. The prevention of hernia after laparotomy. *Americ. gynæc. and obstetr. Journ.*, N.-Y., 1895, t. VI, p. 329. — **Hiram N. Vineberg**. Vaginal cœliotomy. *Medical Record*, New-York, 2 mars 1895, t. I, p 264. — **Kelterborn**. Versuche über die Entstehungsbedingungen peritonealer Adhäsionen nach Laparotomien. *Ber. u. Arb. a. d. Univ-Frauenklin. zu Dorpat. Wiesb.*, 1894, 651-655. — **Leipziger**. Pseudo-laparotomy. *Med. Standard*, Chicago, 1894, XVI, 131. — **Macrae**. Two interesting cases of cœliotomy. *Internat. M. Mag.*, Phil., 1894-1895, III. 728-731. — **Mangin**. Résultats éloignés des opérations conservatrices. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 janvier 1895. — **Graves**. A new method of pedicle-ligation in abdominal surgery. *Med. News*, Phil., 1895, LXVI, 40. — **Rosenwasser**. Abdominal section in intra-pelvic Hœmorrhage. *Annals of Gynæcology and pædiatry*. Boston, novembre 1894, p. 94. — **Vander Veer**. Report in abdominal surgery, being an analysis of one hundred and forty-five cases not previously reported, done upon the ovaries and uterine appendages, with special remarks as to preparation of patient, place of operation, use of drainage, treatment and results. *Ann Gynæc. a. Pædiat.*, Phil., 1894-1895, XIII, I, 32. — **Waldo**. A new method of closing the abdominal wound after cœliotomy. *Americ. Gynæc. and obstetr. Journ.*, N.-Y., 1895, t. VI, p. 330.

OBTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Arthur**. Breech presentation : prolapse of the cord. *Maryland M. J.*, Balt., 1894-95, XXXII, 193. — **Braun von Fernwald**. Ueber den Katheterismus während der Geburt. *Allg. Wien. med. Ztg*, XXXIX, 443. — **Broom**. Analysis of 100 consecutive cranial presentation. *Australas Med. Gaz.*, Sydney, 1894, XIII, 260. —

Knäpfner. Ueber die Ursache des Geburtseintritts auf Grundlage vergleichend-anatomischer Untersuchungen; ein Beitrag zur Cervixfrage. *Ber. u. Arb. a. d. Univ.-Frauenklinik zu Dorpat, Wiesb.*, 1894, 385. — **Lugeol**. Accouchement dans le sommeil hypnotique. *Mém. et bull. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux* (1893), 1894, 552 555. — **Haydel**. Zur Frage üeber die gegenseitige Abhangigkeit der Kopf- und Rüchendrehung nach vorn in Mechanismus der Schadelgeburten. *Ber. u. Arb. a. d. Univ.-Frauenklin. zu Dorpat, Wiesb.*, 1894, 337. — **Peyma**. Occipito-posterior Positions. *Buffalo and Surg. J.*, mars 1895, p. 4 66. — **Polak**. A contribution to the study of occipito-posterior position of the vertex. *Medical News*, Philadelphia, 9 mars 1895, t. I, p. 264. — **Remy**. Rôle de la vessie dans l'engagement du fœtus dans l'excavation pelvienne. *Revue médicale de l'Est*, Paris-Nancy, 1er janvier 1895, p. 10. — **Schul**. Présentation du front; tentatives de transformation en présentation de sommet. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1894, XXVI, 694. — **Smith**. Presentations of the parietal bone. *Cleveland M. gaz.*, 1893-94, IX, 574.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Barnes** (R.). An address on general physiology and pathology, illustrated by study of gestation and menstruation. *Lancet*, Lond., 1894. — **Delezenne**. Recherches sur la physiologie de la respiration pendant la grossesse. *Bull. méd. du nord*, Lille, 1894, XXXIII, 401. — **Hirst**. A pelvis spinosa. *Med. News*, Phila., 1894, LXV, 667. — **Hirst**. The influence of the habitual inclination of the pelvis in the erect posture upon the shape and size of the pelvic canal. *Univ. M. Mag.*, Phila., 1894-95, VII, 65. — **Kronig**. Ueber das bacterien feindliche Verhalten des Scheidensecretes Schwanger. *Deutsch. med. Wochensch.*, Leipzig, u. Berl., 1894, XX, 819. — **Paladino**. Contributo alla conoscenza della decidua della donna. *Riforma med.*, Napoli, 1894, X, pt. 4, 315. — **Tucher**. Puerperal Breast. *Med. Standard*. Chicago, n° 1895, p. 37. — **Walthard**. Bakteriologisch Untersuchungen des weiblichen Genitalsecretes in Graviditate und im Puerperium. *Archiv. f. Gynæk*, t. 48, 2e partie, p. 201.

DYSTOCIE. — **Audebert**. Présentation de l'épaule méconnue; introduction d'une branche de forceps à travers la paroi thoracique du fœtus; rupture de l'utérus. *Gaz. hebd. d. sc. méd. de Bordeaux*, 1894, XV, 571-573. — **Bruttan**. Beitrag zur Lehre von den Nabelschnurschlingungen, auf Grundlage von 500 an der Dorpater Frauenklinik beobachteten Geburten. *Ber. u. Arbeit. a. d. Univ.-Frauenklin. zu Dorpat*, Wiesb., 1894, 222. — **Charles**. Descente de la tête dans les bassins aplatis et son extraction à l'aide du forceps. *J. d'accouchem.*, Liège, 1894, XV, 325; 333; 341; 349. — **Cocq**. Quelques réflexions sur la valeur de la pelvimétrie digitale dans les rétrécissements pelviens. *Clinique*. Brux., 1894, VIII, 785-787. — **Cummigham**. Hydramnios with hydrocephalus requiring craniotomy. *Bost. M. and S.-J.*, 1894, CXXXI, 580. — **Ledrain**. Accouchement par le siège; pieds bots; spina-bifida; hydrocéphalie. *Progr. méd.*, Paris, 1894, XX, 218. — **Mac Phatter**. Pregnancy; contracted pelvis; double dermoïd cyst; Porro's operation; recovery of mother and child. *Med. Rec.*, N.-Y., 1894, XLVI, 567.

GROSSESSE. — **Boissard**. Les vomissements chez les femmes en-

ceintes. *Semaine méd.*, Paris, 1895, XV, 3-5. — **Jesset.** Treatment of pregnancy; with cases. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1894, n. s. LVIII, 449-451. — **Peck.** A case of superfetation. *Proc. Connect. M. Soc.*, Bridgeport, 1894, 132.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Lambinon.** Grossesse trigémellaire avec rétention prolongée de deux fœtus morts dans l'utérus et exposés à terme à l'état papyracé avec un enfant vivant. *Nouv. Arch. d'obstét. et de gynécol.*, 25 décembre 1894, p. 566.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Blake.** Extra-uterine pregnancy. *Boston med. and surg. J.*, 1894, CXXXI, 611. — **Breese.** Extra-uterine pregnancy, 3 cases. *Amer. gyn. and obstetr. Journ.*, N.-Y., 1895, t. VI, p. 333. — **Cestan.** *Des hémorrhagies intrapéritonéales et de l'hématocèle pelvienne considérées particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire. Pathogénie, traitement.* Par., 1894. — **Cordier.** Extra-uterine pregnancy. *Intern. J. Surg.*, N.-Y., 1894, VII, 315. — **Edebohls.** A pregnant tube in the act of abortion. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1895, XXXI, 60-62. — **Goggans.** Original lecture on extra-uterine pregnancy. *Alabama M. and S. Age*, Anniston, 1893-1894, VI, 631. — **Groy.** Extra-uterine Pregnancy of the Interstitial or Tubo-Uterine variety, etc. *Am. J. of Obst.*, mars 1895, p. 351. — **Hall.** Case of ruptured tubal pregnancy; operation thirty days later; recovery. *Cincin. Lancet-Clinic.*, 1884, XXXIII, 628. — **Herman.** Report of two Cases of extra-uterine Pregnancy. *Ann. of Gynæc. and Pæd.*, décembre 1894, p. 167. — **Hofmeier.** Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von der ektopischen Schwangerschaft. *Verhandl. d. phys. med. Gesellsch. zu Würzb.*, 1894, n. F., XXVIII, 63 92. — **Kennedy.** Hæmatocele due to extra uterine gestation. *Canad. Pract.*, Toronto, 1894, XIX, 820-825. — **Kinghorn.** Tubo-ovarian pregnancy. *Montreal M J.*, 1894-1895, XXIII, 440. — **Küstner.** Eine Jahresarbeit auf dem Gebiete der Extrauterinschwangerschaft. *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipz. u. Berl., 1894, XX, 945.— **Lester Hall.** Ecto, pic Pregnancy extra Tubal. *Annals of Gyn. and pæd.*, février 1895-p. 293. — **Müller.** Ueber ectopische Schwangerschaft. *Charité-Ann.*, Berlin, 1894, XIX, 435. — **Ott.** *Beiträge zur Kenntnis der ektopischen Formen der Schwangerschaft.* Leipzig. — **Prochownick.** Ein Beitrag zur Mechanick des Tubenaborts. *Fetschr. z. Feier d. 50 Jub. d. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in Berl.*, Wien, 1894, 266. — **Richardson.** Extra-uterine pregnancy and pelvic hæmorrhage; cases. *Ann. Surg.*, Phila., 1894, XX, 705. — **Rufus B. Hall.** Case of ruptured tubal pregnancy: operation thirty days later; recovery. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 15 décembre 1894, p. 628. — **Shaw-Mackenzie.** Extra-uterine or ectopic gestation. *Brit. Gynæc. J.*, Lond., 1894-1895, X, 341-373. — **Schrenk.** Ueber ektopische Gravidität. *Ber. u. Arb. a. d. Univ.-Frauenklin. zu Dorpat*, Wiesb., 1894, 773. — **Southwick.** A case of ruptured tubal pregnancy; operation; recovery. *Homœop. J. Obst.*, N.-Y., 1894, XXI, 526.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Ahlfeld.** Eine neue typisch Form durch amniotische Fäden hervorgebrachter Verbildung. *Fetsch. z. Feier d. 50 Jubil. d. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in Berl.*, Wien, 1894, 1. — **Angell** et **Elsner.** Observations upon an Anencephalic Monster. *Buffalo med. and surg. J.*, mars 1895, p. 462. —

Ballantyne (J. W.). Paracephalus dipus cardiaux. *Teratologia*. 1894, t. I, p. 158. — **Barry**. Cases of monstrosities with special reference to the theory of maternal impressions. *Medical Record*, New-York, 29 décembre 1894, p. 811. — **Erdberg**. Zur Prophylaxe der Blennorrhœa neonatorum am Kreissbett. *Ber. u. Arb. a. d. Univ. Frauenklin zu Dorpat*, Wiesb., 1894, 265. — **Heaton**. Congenital malformation of the umbilicus. *British Medical Journal*, Londres, 2 mars 1895, t. I, p. 473. — **Olshausen**. Ueber den ersten Schrei. *Berl. klin. Wchnschr.*, 1894, XXXI, 1079-1081. — **Preuschen**. Verletzungen des Kindes bei der Geburt als Ursache der Melœna neonatorum ; klinische Beobachtung und experimentelle Studie. *Feitchr. z. Feier d. 50 Jubil. d. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in Berl.*, Wien, 1894, 359. — **Salvetti**. Ueber die sogenannte fötale Rachitis. *Beit. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, janvier 1894, XVI, 29. — **Vollmer**. *Zur Kasuistik der angeborenen genitalverschlüsse*, Marburg. — **Worcester**. Trained nursing. *The Boston medical and surgical Journal*, 3 janvier 1895, p. 1.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Audebert**. Ruptures des parties molles pendant la symphyséotomie et sur les moyens de les éviter. *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1895, p. 86. — **Barnes**. An introduction to a discussion on the induction of labour. *Brit. m. J.*, Lond., 1894, II, 1419-1422. — **Berry**. On a more frequent use of Forceps in Midwifery practice. *The Lancet*, janvier 1895, p. 216. — **Branfoot**. A case of symphysiotomy. *Brit. M. J.*, Lond., 1894, II, 1363. — **Cameron**. A case of symphysiotomy. *Montreal m. J.*, 1894-1895, XXIII, 291. — **Coe**. Successful case of symphyseotomy. *Am. J. Obst.*, Par., 1894, XLII, 401-407. — **Darras**. *Etude statistique sur les applications de forceps chez les multipares*. Paris, 1894. — **Dudley**. The technique of the Cesarean section. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1895, XXXI, 16-24. — **Fehling**. Ueber Verwendung der Hangelange nach Walcher zum Eintritt des vorangehenden Kopfes. *Munchen med. Wochenschr.*, XLI, 861. — **Fox**. Symphysiotomy and other procedures for delivery through contracted and deformed pelves. *Tr. M. Soc. Penn.*, Phila., 1894, XXV, 363. — **Fritsch**. *Klinik der geburtshusflichen Operationen*. 5ᵉ édit., Halle, 1894. — **Garrigues**. On symphyseotomy with the report of a new case. *Med. Rec.*, N. Y., 1894, XLVI, 577. — **Géhé**. Accouchement prématuré. *Annales de la policlinique de Toulouse*, 1894, p. 150. — **Gergö**. Wendung in der Knie-Ellbogenlage. *Centralbl. f. d. ges. Therap.*, Wien, 1894, XII, 710-712. — **Henrotay**. *De la symphyséotomie dans les angusties pelviennes*; Bruxelles, 1894. — **Hirst**. The indications for cæsarean section. *Annals of gynæcology and pædiatry*. Philadelphia, juin 1894, vol. VII, p. 595. — **Jackson**. Symphyseotomy. *The Bost. med. and Surg. J.*, février 1895, p. 181. — **Nieberding**. Beitrag zur künstlichen Frühgeburt. *Feschr. z. Feier d. 50 Jul. d. Gesellsch. f. Geb. u. Gynæk. in Berl.*, Wien., 1894, 352. — **Sänger**. Conception durch ein accessorisches Tuben-Ostium; Kaiserschnitt bedingt durch frühere ectopische Schwangerschaft. *Monatschr. f. Geburtsh u. Gynæk.*, Berl., 1895, t. 21-23. — **Wheeler**. A case of symphysiotomy. *The Boston medic. and surg. J.*, 27 décembre 1894, p. 139. — **Winterberg**. Symphysiotomy with a successful case. *Medic. News*, 12 janvier 1893, p. 29.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Bannam**. Puerperal fever. *Medical*

Record, New-York, 29 décembre 1894, p. 810. — **Batten.** Prolapse of uterus in parturition. *Tr. m. Soc. Penn.*, Phila,. 1894, XXV, 327. — **Bernhardt.** Ueber Neuritis puerperalis. *Deutsche med. Wochenschr*; Leipz. u. Berl., 1894, XX, 935. — **Beulque.** *Quelques faits cliniques pour servir à l'étude de l'hystérie, de l'épilepsie, de la chorée pendant la grossesse et le travail.* Lille 1894. — **Bidone (Ettore).** Erisipela materna, endocardite, streptococcica fetale. *Teratologia*, Edinburgh, 1894, t. I, p. 182. – **Boyd.** A case of puerperal pelvic abscess, with some remarks on septic infection. *Am. Gynæc. & Obst J.*, N.-Y., 1894, V, 658. — **Brinton.** Induction of labor in nephritis, with report of cases. *Maryland m. J.*, Balt, 1894-1895, XXXII, 223-227. — **Burns.** The grippe during the puerperal state, *Tr. Colorado m. Soc.*, Denver, 1894, 189. — **Cooke Hirst.** The management of labor complicated by Heart disease. *Am. J. of obst.*, mars 1895, p. 349. — **Cuthbertson.** Primary uterine hæmorrhage after delivery. *Med. Standard,* Chicago, 1895, XVII, 1. — **Davis.** Puerperal non-septic fever. *Intern. Clin.,* Phila., 1894, III, 263. — **Doléris.** Avortement brusqué dans un cas d'hémorrhagie grave due au décollement placentaire. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 février 1895. — **Davis.** Puerperal sapræmia. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, janvier 1895, t. VI, p. 13. — **Fehling.** Weitere Beiträge zur Lehre von der Osteomalakie. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLVIII, Hft. 3. p. 472. — **Fordyce.** Intra-uterine ascites, its obstetrical significance and pathology; with an account of a case of ascites associated with a rare malformation of the genital organs. *Teratologia* , Lond. et Edinb., 1894. I, 61; 143 ; 3 pl. — **Franklin.** Mania and catarrhal pneumonia following labor. *Med. News*, Phila., 1894, LXV. 709. — **Golovtschiner.** Febris puerperalis, parotitis metastatica duplex ; erysipelas migrans ; *Vyzdorov Medidïtsina.* St-Petersb., 1894, VI, 340. — **Gottschalk.** Ueber die spontan durch Geschwülste bedingte Gebärmutterumstülpung. *Berl. klin. Wochensch.* février 1895, p. 160 — **Herman.** Three cases of renal disease during pregnancy. *The practitioner*, Londres, février 1895, p. 105. — **Hochstelter.** Eklampsie. *Charité Ann.*, Berl., 1894, XIX, 499. — **Hofmeier.** Zur Prophilaxis der Wochenbetterkrankungen. *Munchen m. Wochen.*, 1894, XLI, 821. — **Ill.** The importance of the early recognition and treatment of septic puerperal endometritr. *Am. J. Obst.*. N.-Y., 1894, XXX, 813. — **Kedamath Das.** Puerperal eclampsia. *Provincial medical Journal*, Leicester, 1895, p. 79. — **Kleinhans.** Zur Complication von Schwangerschaft mit Myomen. *Prag. med. Wchenschr.*, 1894, XIX, 557, 586-598. — **Komarowsky Mamutow.** *Ub. Komplikation der Darm. u. Netzhernien m. Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbeth.* Bern. — **Kortright.** Exophtalmic goitre and nephritis : labor induced at the eighth month for suppression of urine; placenta prævia; death from shock and exhaustion. *Brooklyn m. J.*, 1895. IX, 20-23. — **Jepson** The management of early abortions. *J. Am. M. As.*, Chicago, 1894, XXIII, 673. — **Lantos,** Ein Fall von Chorea und Hyperemesis in der Schwangerschaft. *Fetschr. z. Feier d. 50 Jubil d. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in Berl.*, Wien, 1894, 219. — **Latzko.** Zur diagnose und Frequenz der Osteomalacia. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. I, Hft. 2, p. 152. — **Lunz.** Ueber Polyneuritis puerperalis. *Deutsch. med. Wochenschr, Leipz. u. Berl.*, 1894, XX, 866. — **Mc Allister.** Puerperal eclampsia and its treatment chiefly by the

hypodermic use of veratrum viride. *Tr. med. Soc. Penn.* Phila., 1894, XXV, 101. — **Mc Arthur**. Gestation complicated by appendiceal abscess. *The American Journal of obstetric*, New-York, février 1895, CI, p. 181. — **Mc Kechnie**. Placenta prævia ; induction of premature labor and successful result. *Montreal m. J.*, 1894-1895, XXIII, 351. —**Mc Kenney**. Veratum viride in puerperal eclampsia. *Med. Age.*, Detroit, 1894, XII. — **Mellish**. Some remarks on abortion. *Australas med. Gaz.*. Sydney, 1894, XIII, p. 330. — **Misrachi**. Traitement prophylactique ou préventif de l'avortement. *Nouvelles Arch. d'Obst. et d. Gynéc.*, 25 décembre 1894, p. 563. — **Moser**. A study of puerperal fever ; or septico-pyœmia. *New-York M. J.*, 1894. LX, 753. — **Muller**. Beitrag zur Behandlung der Placenta prævia. *Aerztl. Rundschau München*, 1894, IV, 721. — **Mundé**. Premature delivery of a dead child, induced by acute appendicitis, with remarks on appendicitis in women. *Med. Rec.*, N.-Y., 1894, XLV, 678. — **Muret**. Rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement. Laparotomie. Guérison. *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1895, p. 150. — **Neumann**. Zwei Fälle von Tetania gravidarum. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLVIII, Hft. 3, p. 499. — **Noble (C.)**. Puerperal pelvic cellulitis and puerperal peritonitis. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, janvier 1895, t. VI, p. 18. — **Norris**. Puerperal infection of the urinary tract and of the rectum. *Ann. Gyn. and Obst. J.*, N.-Y., 1895, VI, 30. — **Oui**. Deux cas de procidence du cordon ombilical. *Gaz. hebd. d. sc. méd. de Bordeaux*, 1894, XV, 554-556. — **Oui et Delmas**. Sur un cas d'infection pyohémique pendant les suites de couches. *Gaz. hebd. d. sc. méd. de Bordeaux*, 1894, XV, 482. — **Palmer Dudley**. My experience with the immediate repair of uterine injury following labor. *The American Journal of obstetrics*, New-York, février 1895, t. I, p. 145. — **Pinard**. Des hémorrhagies utérines pendant l'état puerpéral. *Bull. méd.*, Paris, VIII, 1043. — **Ramsay Smith**. A case of labour with cardial and renal complications. *Edinburgh medical Journal*, janvier 1895, p. 639 — **Remy**. De la métrite post-puerpérale ; ses premières manifestations. *Rev. méd.-chir. d. mal. des femmes*, Paris, 1894, XVI, 652. — **Rossier**. Anatomische Untersuchung der Ovarien in Fällen von Osteomalacie. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLVIII, Hft 3, p. 606. — **Roux**. Albuminurie gravidique prolongée ; phlegmatia alba dolens tardive ; accès d'urémie ; guérison. *Marseille méd.*, 1894, XXXI, 590. — **Sabrazès et Faguet**. Infection puerpérale staphylococcique ; pelvi-péritonite ; endocardite ulcéro-végétante ; parotidide suppurée d'origine embolique. *Gaz. d. hôpit.*, Paris, 1894, LXVII, 1039. — **Smyly**. The treatment of Uterine hæmorrhage during the last two mouths of pregnancy. *Brit. med. J.*, janvier 1895, p. 62. — **Stevenson**. Two cases of pregnancy associated with albuminuria, necessitating premature delivery. *Austral. M. Gaz.*, Sydney, 1894, XIII, 146. — **Tarnier**. De l'anémie pernicieuse chez les femmes enceintes. *Bull. méd.*, Paris, 1894, VIII, 1119-1121. — **Thomas Dunn**. Auto-infection. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, janvier 1895, t. VI, p. 1. — **Tren**. Zur Casuistik der Uterusruptur. *St-Petersb. med. Wochnschr.*, 1894, n. F., XI, 415-417. — **Villar**. Rupture de l'utérus et de la vessie au cours du travail, laparotomie, opération de Porro. Suture de la vessie. *Gazette hebd. d. Sc. méd. de Bordeaux*, 3 février 1895, p. 50. — **Wennerström**. Ett fall af retroflexio uteri gravidi incarcerata. *Finska läk. Sällsk. handl.*, Helsing-

fors, 1894, XXXVI, 733-739. — **Williams**. On puerperal albuminuria and convulsions. *Practictionner*, Lond., 1895, LIV, 1. — **Zwisohn**. A case of cystic degeneration of the chorion. *Med. Rec.*, N.-Y., 1894, XLVI, 730.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE; APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Casoli**. La cocaïna come mezzo per far cessare la secrezione lattea. *Gazz. d. osp.*, Milano, 1894, XV, 1186. — **Crofford**. Subcutaneous injections of liquids in acute Hæmorrhage. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, janvier 1895, t. VI, p. 54. — **Evans**. The value of local treatment in septic infection of the puerperal woman, *Montreal m. J.*, 1894-1895, XXXIII, 405. — **Guidez**. *Traitement par le curettage utérin de la rétention des membranes et du placenta*. Lille, 1894. — **Hamilton**. A clamp for the obstetric forceps. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Boston, novembre 1894, p. 103. — **Harris**. Pelvimeters and pelvimetry. *Annals of gynæcology and pædiatry*. Boston, janvier 1895, vol. VIII, p. 243. — **Henrotay**. Nécessaire aseptique pour accouchements. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, n° 7, 1895, p. 250. — **Kämpffer** Zur Uterusausspulung unmittelbar post partum, nebst Mitheilung zweier danach beobachteter Todesfälle. *Aerztl. Prakt.*, Hambourg, 1894, VII, 1201; 1225. — **Misracki**. Traitement prophylactique de l'avortement. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*. 25 janvier 1895. — **Shibata**. *Geburtshülfliche Taschen-Phantome*. München.

VARIA. — **Bidder**. Ueber alte Erstgebarënde. *Ber. u. Arb. a d. Univ.-Frauenklin, zu Dorpat*, Wiesb., 1894, 183. — **Fitch Cheney**. Some interesting obstetric cases. *Pacific medical Journal*. San Francisco, janvier 1895, p 8. — **Keiffer**. *Travaux cliniques de gynécologie et d'obstétrique*. Brux., 1894. — **Klautsch**. Die acuten Infectionskrankheitein in ihrer Wirkung auf die Schwangerschaft. *München. med. Wochenschr.*, 1894 XLI, 1049-1053. — **Lapthorn Smith**. What was sewer Gas got to do with Bad results in obstetrics and gynæcology. *Annals of gynæcology and pædiatry*. Boston, janvier 1895, vol. VIII, p. 223. — **Liell**. Double pyosalpinx evacuating through the uterus; curettage flollowed by pregnancy and delivery of a living child at term. *Americ. gyn. and obstetr. Journ.*, N.-Y., 1895, t. VI, p. 334. — **Reynolds Wilson** The morbid changes in the puerperal Endometrium due to local infection and their relation to general symptom. *The American gynæcological and obstetrical Journal*. New York, janvier 1895, t. VI, p. 8.

ERRATA

Janvier 1895, page 48, 1re ligne du 2e tableau, *au lieu de* : Enfants morts 48 sur 89, *lire* : 43 sur 89, dont 3 accidents provoqués au lieu de 5 et 1 section césarienne, au lieu de 4.

Janvier 1895, page 97, lignes 33 et 34, *au lieu de* : 87 p. 100 et 26 p. 100, *lire* : 0,87 p. 100 et 0,26 p. 100.

Mars 1895, page 235, ligne 14, *au lieu de :* sur un total de 200, *lire :* sur un total de 2,004.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

ABLATION DES FIBROMES DE L'UTÉRUS PAR LA LAPAROTOMIE D'APRÈS LA MÉTHODE DE DOYEN

Par **Snéguireff**, professeur à l'Université impériale de Moscou.

Jusqu'à présent, les chirurgiens gynécologues du monde entier ne sont pas d'accord sur les méthodes d'ablation des fibromes de l'utérus par la laparotomie.

On sait qu'il y a deux méthodes, l'une extra-péritonéale, l'autre intra-péritonéale. Dans cette dernière, on a recours à deux types de manuel opératoire, ou bien, on laisse un moignon (pédicule) dans la cavité abdominale, ou bien on extirpe l'utérus tout entier, y compris la portion vaginale.

Je suis d'avis qu'une connaissance complète de toutes ces méthodes est indispensable, certaines conditions se posant exigent, exclusivement, la méthode extra-péritonéale (par exemple l'impossibilité d'une narcose prolongée, début d'une parésie du cœur, dégénérescence des reins, etc.). De même, il n'y a pas à douter qu'avec le procédé intra-péritonéal, la myotomie faite avec abandon du moignon est plus facile et se termine plus vite. S'il n'y a pas de conditions forçant d'achever l'opération dans 15 à 20 minutes, si l'opération peut durer une demi-heure ou une heure, dans ces cas, l'ablation totale de la tumeur et de l'utérus, y compris la portion vaginale, présente les plus grandes chances de sécurité et de guérison complète.

Il existe trois méthodes d'extirpation des fibromes par laparotomie :

1° Méthode de MM. Rydigier et Freund, ou vagino-abdominale;

2° Méthode de M. Martin, ne différant essentiellement en rien de la précédente;

3° Méthode de M. Doyen de Reims.

A partir du mois de mars 1894 jusqu'au mois de décembre courant, j'ai eu l'occasion de faire 23 myomotomies d'après la méthode de M. Doyen. Le lecteur, en suivant la liste de mes cas, pourra se convaincre que j'ai eu affaire à diverses formes de fibro-myômes dont la plupart étaient multiples; en outre, quelques-uns étaient intra-ligamentaires.

J'y joint *in extenso* un cas de grossesse de cinq mois qui se trouvait compliquée d'un kysto-fibrome de dimension colossale.

Tous ces cas ont été suivis de guérison complète. La durée moyenne de l'opération a été une heure : ordinairement de 30 minutes à 1 h. 40 minutes, dans un seul cas, à cause d'une obésité exceptionnelle des parois abdominales. La plupart des malades ont quitté la clinique vers la fin d'un mois.

Les suites des opérations furent simples ; pas de fièvre, sensation générale excellente. Un cas (le onzième) exigea une laparotomie secondaire à cause d'une occlusion intestinale due à l'adhérence du moignon.

La perte de sang pendant l'intervention chirurgicale a été minime, aucune hémorrhagie secondaire. Les soins consécutifs des malades furent simples ; purgatifs à la fin du second jour, aliments solides permis le cinquième jour; sutures abdominales enlevées le neuvième jour.

La méthode de Mr Doyen consiste, comme on le sait, dans le détachement des ligaments larges préalablement suturés. L'auteur sectionne d'abord le cul-de-sac postérieur à l'aide d'une forte pince placée dans le vagin et poussée dans la cavité abdominale, ce que j'ai pratiqué aussi dans mes pre-

miers dix cas ; je n'ai du tout sectionné le cul-de-sac postérieur dans les derniers cas, je ne crois pas en effet que cela soit indispensable. Plus le détachement des ligaments larges est facile, plus profonde est l'application des ligatures, plus vite se fait l'opération, moindre est la possibilité d'une hémorrhagie secondaire. Le péritoine est plus facile à détacher de l'utérus sur ces parties inférieures, c'est-à-dire sur les limites de l'orifice interne. C'est pourquoi la section postérieure doit être commencée le plus bas possible. Après le détachement des ligaments larges la séparation du péritoine de la paroi antérieure s'achève facilement par les doigts ainsi que le tissu cellulaire entre la vessie et l'utérus. En procédant ainsi, ayant placé l'opérée dans la position avec le bassin soulevé, on peut voir parfaitement l'artère utérine et ses ramifications, par conséquent il est facile de faire sa ligature, après quoi il est aisé de palper les limites de la portion vaginale (portion intravaginale). On sectionne du côté du péritoine les culs-de-sac vaginaux, ordinairement les culs-de-sac latéro-postérieurs. Je fais la ligature des ligaments larges, ainsi que dans les autres endroits, au catgut. La tumeur et l'utérus extirpés, on badigeonnne la cavité vaginale d'une solution à 1 p.100 de lysol, on enlève les ovaires et les trompes au moyen d'une pince introduite dans le vagin, on saisit les bouts des ligatures des ligaments larges, on les attire par le vagin en dehors, il se forme par là un entonnoir entre la vessie et le rectum, fermé du côté de la cavité abdominale, et si on trouve quelque place déchirée sur les parties ainsi attirées on n'a qu'à les suturer par un surjet au catgut, de sorte que la cavité péritonéale se trouve tout à fait isolée de celle du vagin. Si les ovaires et la tumeur adhéraient au ligament large de manière que pendant leur extirpation le ligament était déchiré sur une étendue considérable et si la suture en surjet, faite au catgut, y laissait tout de même des places déchirées, on aurait recours, afin de prévenir l'adhérence des fils aux places déchirées, à l'application de gaze iodoformée en forme de drainage à la manière de

Mikulicz, qu'on enlève vers la fin du quatrième jour.

On place dans le vagin de la gaze iodoformée, qu'on supprime le troisième ou le quatrième jour. Comme bandage abdominal, gaze iodoformée recouverte d'une couche de collodion et, si la tumeur est très volumineuse, un sac de sable sur l'abdomen. Il n'est guère rare d'observer de l'anurie pendant les premières six semaines qui suivent l'opération, ce qui pourrait dépendre d'une certaine compression exercée par les ligaments larges sur les uretères, mais cette anurie n'a pas de conséquences, si bien qu'après six semaines on peut déjà obtenir, par le cathétérisme, de l'urine en quantité suffisante. Il m'est arrivé d'extirper le fibro-myôme d'après des méthodes diverses ; mon total monte à 200 myomotomies.

Dans la plupart, je me suis servi d'un procédé opératoire d'après ma propre méthode que j'ai décrite brièvement dans mon livre : *Traité des hémorrhagies utérines*, qui peut être appelé méthode intra-péritonéale, parapariétale.

J'extirpai la tumeur ainsi que l'utérus à l'aide de sutures des vaisseaux des ligaments larges et de l'utérus à partir du plexus pampiniformis jusqu'à l'artère utérine.

Le moignon était formé par le col utérin recouvert de tout côté par le péritoine. Le moignon ainsi que les parties des ligaments larges étaient fixés par des sutures au péritoine de la paroi abdominale antérieure au niveau de la symphyse pubienne, afin que la cavité abdominale fût complètement isolée de l'espace utéro-vésical. La tension du moignon garantissait contre une hémorrhagie, et en cas de suppuration du moignon, cette suppuration était extrapéritonéale. A l'aide de cette méthode, j'ai opéré plus de 120 cas, avec 86 p. 100 de guérisons (c'est-à-dire le p. 100 de mortalité était 14). Cause principale de la mortalité : suppuration, septicémie, dans quelques cas une hémorrhagie secondaire. Néanmoins, même dans les cas de guérison, il survenait quelquefois des infiltrations inflammatoires dont la marche était de très longue durée et le traitement tellement difficile,

que parfois on a dû (quoique bien rarement) faire l'ablation du col par le vagin.

Je ne crois pas, certes, pouvoir attribuer les causes de cette complication à quelque défaut dans l'asepsie plus qu'aux propriétés du moignon lui-même. Alors même que la ligature des vaisseaux a été bien soignée et le moignon bien débarrassé du sang, il peut facilement y survenir de la suppuration, due à la présence probable de microbes dans le canal cervical, que ni la cautérisation du canal faite avec la solution d'acide phénique à 10 p. 100, ni au fer rouge, ni le raclage préalable suivi de cautérisation avec la teinture d'iode, ni même l'excision de la muqueuse du canal cervical ne sont en état de prévenir.

Il n'y a qu'un seul moyen qui garantit à coup sûr, c'est l'ablation totale du col.

En effet, comparant les trois méthodes de l'ablation totale de l'utérus par la laparotomie, nous voyons que la méthode de Doyen renferme beaucoup d'avantages :

1° La sécurité de l'hémostase à l'aide d'un nombre minime de ligatures ;

2° Occlusion complète de la cavité abdominale ;

3° Célérité relative du manuel opératoire (le lecteur sera persuadé du fait par des cas mentionnés in extenso ci-joints);

4° La plus minime possibilité de contamination de la cavité abdominale vu que le vagin se trouve sectionné au dernier moment.

Mais j'espère, pour les cas qui se présenteront, être en état d'abréger encore la durée de l'opération. Je suis d'avis que l'ablation des annexes (excepté celles qui sont malades) n'est pas du tout indispensable, car dans plus de 150 cas d'extirpation vaginale d'utérus quand les ovaires et les trompes étaient sains, je n'ai pas touché à ces annexes et je n'ai eu l'occasion d'observer, même dans un seul cas, des suites fâcheuses quelconques. Il y avait des malades qui se plaignaient d'avoir des molimena menstrualia, des hémorrhagies vicariantes et des congestions d'autres organes. Mais des

faits pareils ont été observés dans d'autres cas où les trompes et les ovaires avaient été enlevés. En résumé, la méthode de M. Doyen, en y ajoutant quelques perfectionnements, doit, à mon avis, être la méthode de choix; c'est du moins l'impression reçue de 23 opérations ci-dessous mentionnées. Ces observations m'ont conduit à renoncer à toute autre méthode, y compris la mienne dans laquelle, il va sans dire, j'ai dû acquérir ma plus grande dextérité opératoire.

Outre la description des deux cas, les plus intéressants que j'ai placés à la fin de cet article, je relate une troisième observation qui n'a pas de rapport direct avec la méthode de M. Doyen, quoiqu'elle soit relative à un fibrome qui fut enlevé d'un utérus gravide au sixième mois sans interrompre la grossesse.

Obs. I. — Mme M..., la femme d'un prêtre, âgée de 27 ans, entre à la clinique le 27 septembre 1894, se plaignant d'une tumeur au ventre et d'absence des règles. La malade est du gouvernement de Riazan, se trouve dans de bonnes conditions et rien n'indique de tuberculose héréditaire, pas de contagion. Réglée à 16 ans, les règles s'établirent d'un seul coup et revenaient toutes les trois semaines, accompagnées de douleurs conquassantes vingt-quatre heures au début de l'époque menstruelle, toujours très abondamment, avec caillots. Après les couches les règles apparaissaient de la même manière. Le dernier accouchement remonte à dix mois, les menstrues cessèrent dès lors. Mariée à 18 ans, elle a eu cinq enfants, le dernier il y a dix mois. Tous les accouchements n'avaient rien présenté d'anormal, bonnes suites de couches. Elle allaita tous ses enfants et fut régulièrement menstruée pendant ce temps. Il y a trois ans survint une hémorrhagie, persistant une quinzaine de jours. Leucorrhée minime au début des règles. Les douleurs sont insignifiantes au bas-ventre ainsi qu'une sensation de pesanteur et de compression vers la partie abdominale inférieure. La malade se souvient d'avoir eu la rougeole encore enfant. A partir des dernières couches qui remontent à dix mois les règles ne se sont plus montrées; au fait, on n'accorda pas d'importance à cet incident, attribué à l'allaitement. La mi-juillet de l'année actuelle, c'est-à-dire 2 mois et demi avant l'entrée à la clinique, la

malade s'aperçut qu'elle portait une sorte de tumeur à l'aine droite, qui dès lors augmenta, de volume et de croissance progressivement. Or le 20 septembre, c'est-à-dire une semaine avant son entrée à la clinique, elle remarqua dans cette tumeur certains mouvements rappelant ceux d'un fœtus.

État actuel à l'entrée. — Constitution moyenne, pâle, nutrition suffisamment développée, physionomie exprimant un profond abattement.

Exploration de l'abdomen. — Augmentation de volume de l'abdomen ; il est soulevé en dôme surtout dans sa partie inférieure, les parois flasques, flétries, couvertes d'anciennes cicatrices et, à travers les parois abdominales, dépassant un peu l'ombilic, se dessine le contour demi-circulaire de la tumeur qui se meut librement pendant les mouvements respiratoires.

Sa percussion rend un son sourd sur la ligne médiane ; il commence à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et descend sans discontinuer dans la région du bassin sur la ligne parasternale. Le son mat commence un peu plus bas mais reste continu dans la région du bassin. Le contour supérieur de la matité est fixé, la face convexe en haut; à gauche, un peu moins bas que l'ombilic ; on entend un bruit net du placenta en auscultant. Le palper permet de constater sur la place du son sourd une tumeur lisse, élastique et si on frictionne du bout des doigts sa partie supérieure, la tumeur se contracte. Une autre tumeur est palpée à trois doigts au-dessus des limites de la symphyse pubienne, sur la ligne médiane et un peu à gauche, cette tumeur sort du bassin, se détachant en haut de la susdite tumeur par un profond sillon. Cette seconde tumeur est inégale, bosselée, dure, immobile et lorsqu'on imprime des mouvements les deux tumeurs se meuvent conjointement; mais il fut impossible de repousser ces tumeurs de la région du bassin. Les grandes et les petites lèvres ainsi que l'entrée du vagin présentent les signes caractéristiques d'une grossesse, coloris violacé brunâtre; elles sont friables, molles, recouvertes d'une sécrétion laiteuse. La portion vaginale est de forme cylindrique avec un orifice comme une fente qui se trouve haut placé dans la moitié postérieure du bassin. Le cul-de-sac antérieur est distendu par la tumeur dure, bosselée et montre une adhérence intime avec la face antérieure de l'utérus et la partie sus-vaginale du col ; la tumeur a le volume d'un poing et demi,

siège en haut et à gauche, y occupe presque tout le plan d'entrée du petit bassin.

Les mouvements qui se communiquent par la tumeur lors du toucher combiné sont conjoints, la tumeur inférieure ne se laisse déplacer de la région du petit bassin, elle est pour ainsi dire enclavée dans le petit bassin et reste immobile; le ballottement est absent. Les seins, bien développés, avec coloration des mamelons très accusée, donnent une sécrétion laiteuse. Les organes digestifs sont normaux; la malade se plaint de palpitations du cœur et sensation d'oppression dans la poitrine. Les limites et les bruits cardiaques sont réguliers, le pouls 80-90, température 36°,9; la toux tient à une bronchite. L'urine est d'un coloris paille clair, 1015, la quantité en vingt-quatre heures 1900. Pas d'albumine ni de sucre. Mauvais sommeil; la malade est nerveuse.

Diagnostic. — Grossesse utérine de 6 mois et fibro-myôme interstitiel, sous-séreux. La laparotomie a eu lieu le 4 octobre, le fibro-myôme fut enlevé de la substance de l'utérus et la grossesse respectée. Ayant sectionné la paroi abdominale, on aperçut 'utérus gravide dont le fond montait plus haut que l'ombilic. Cet utérus ne se distingua ni par son coloris ni par d'autres qualités quelconques d'un utérus gravide normal. On observa une tumeur bosselée sur sa surface antérieure et latérale qui descendait dans la région du petit bassin entre la vessie et l'utérus se continuant dans l'épaisseur du ligament large, confinant par son bord latéral au ligament rond. Je résolus d'essayer l'extirpation de ce fibro-myôme. Cet essai, à mon avis, devait réussir à moins que la tumeur ne fût enracinée dans la cavité utérine et la muqueuse. Comme de raison, dans ce cas, on ne réussirait pas à conserver la gestation et l'utérus, on serait contraint d'enlever l'utérus gravide entier. Afin de prévenir une hémorrhagie, un aide introduisit la main dans la cavité abdominale et saisit de la main le ligament large gauche et le segment de l'utérus situé plus haut. L'incision a été faite sur la grande périphérie de la tumeur à travers la masse des tissus utérins, et le fibro-myôme fut extrait. Une hémorrhagie abondante survint provenant de la substance de l'utérus qui, grâce à une suture étagée et à l'invagination consécutive des feuillets péritonéaux, fut arrêtée; la toilette se fit d'après les règles générales. La guérison exempte de complications. Voici un mois écoulé depuis

l'opération et la grossesse va son train ordinaire. La tumeur avait des bosselures et le fibro-myôme était d'un volume plus gros qu'un poing.

Fibrome interstitiel sous-séreux.

Obs. II. — Le 23 septembre 1894, Mme W..., bourgeoise âgée de 38 ans, vient réclamer des secours à la clinique, se plaignant d'une tumeur au bas-ventre et tourmentée par de vives douleurs conquassantes qui s'irradiaient sur l'abdomen entier. La malade vécut toujours dans l'aisance et tire son origine d'une famille parfaitement saine. Mariée à 19 ans, elle n'avait jamais été enceinte, tout en ayant un mari bien portant. Les premières règles se sont montrées à 14 ans, depuis toujours accompagnées de douleurs conquassantes au bas-ventre. Les règles duraient trois à quatre jours et revenaient toutes les trois semaines, après le mariage de même, régulièrement, bien que les douleurs devinssent plus intenses. Elle a été réglée pour la dernière fois le 23 avril 1894, mais d'après la quantité de sang deux fois moins que d'habitude, c'est-à-dire les dernières règles (*au minimum*) se sont montrées cinq mois avant l'entrée à la clinique. La malade avait été toujours bien portante, ni leucorrhée et n'avait jamais éprouvé des douleurs; or, actuellement, voici déjà quatre mois écoulés depuis la suppression, époque même où la malade fut prise de fortes douleurs qui se propagèrent sur toute la région abdominale. Il y a quatre ans, la malade se souvient qu'un jour, afin de sauver son bien pendant un incendie, elle fut obligée de soulever des fardeaux lourds; deux semaines après elle remarqua au côté gauche du bas-ventre une tumeur et une contraction du pied gauche, une élévation de température considérable accompagnée de frissons. Elle dut garder le lit tout un mois et grâce au traitement la douleur disparut. Il y a un an la tumeur reparut au bas-ventre à gauche.

Actuellement la malade se trouve enceinte, les règles ont été supprimées depuis la fin du mois d'avril 1894 (5 mois). Une sage-femme ayant exploré la malade au mois de juin, déclara qu'elle se trouvait enceinte au cinquième mois. Les mouvements du fœtus ont été ressentis le mois de juin même; or, depuis quatre semaines, la malade ne les ressent plus.

Quatre mois déjà notre malade souffre de douleurs conquassantes qui la tourmentent jour et nuit. Les forces diminuent considérablement.

La malade est haute de taille, débilitée, le ventre voûteux vu que l'élévation débute sous l'hypochondre et montant également jusqu'à l'ombilic, descend dans le bassin; on voit là encore une autre élévation. En percutant à partir de la dépression épigastrique, suivant la ligne médiane, jusqu'à la symphyse pubienne le son est mat, sur la ligne mamelonnaire le son sourd commence au niveau des limites du foie et continue toujours à descendre dans la région du bassin. Le même fait s'observe sur la ligne axillaire. Suivant la ligne mamelonnaire le son mat commence à partir de l'hypochondre gauche et va toujours jusqu'à la région du petit bassin, le son sourd parvient aussi jusqu'à la ligne axillaire gauche. En somme, toute l'étendue des parois abdominales antérieures donne par elle-même un son sourd qui se confond immédiatement avec le son sourd du foie. Les parois abdominales sont extrêmement distendues, flasques, à travers, on sent par le palper une masse élastique fluctuante.

La fluctuation la plus prononcée se trouve en bas de l'hypochondre droit. On palpe à gauche et devant, un peu moins bas que l'ombilic, les contours de la tumeur rappelant un utérus gros comme à cinq mois, et, à ce qu'il paraît, le fond de l'utérus se fond immédiatement en masse compacte s'irradiant sur toute l'étendue abdominale. On perçoit, sur la place où se trouve l'utérus, les mouvements du fœtus et le bruit placentaire. L'exploration combinée confirme que l'utérus reste à gauche et en avant, qu'il se trouve agrandi et que son volume correspond à une grossesse de 5 mois; en plus, on sent par le palper en arrière et à côté de l'utérus une tumeur compacte qui remontait et se confondait avec la masse entière.

Ainsi, en analysant ces faits et selon les données précitées on porta le diagnostic suivant : grossesse de 5 mois, compliquée par une tumeur étroitement liée à l'utérus, qui remplit toute la région du bassin et toute l'étendue abdominale, ayant une forte fluctuation sur certains points et, en revanche, sur d'autres, la tumeur se montre compacte et dure. Cela pouvait être soit un kystome, soit un échinocoque du foie, enfin rien moins qu'un fibro-myôme dégénéré en certaines places.

Prenant en considération que la femme est épuisée et que la faiblesse augmente, on résolut d'extirper la tumeur conjointement avec l'utérus, au cas d'adhérence intime; en cas contraire, se borner à éloigner la tumeur et respecter la grossesse.

L'opération a eu lieu cinq jours après l'entrée à la clinique. Lorsque le péritoine a été sectionné on reconnut que la tumeur était un kysto-fibro-myôme qui s'était développé de toute la face postérieure de l'utérus. Il pesait 17 livres trois quarts. La place où se trouvait la fluctuation vive était due à la dégénérescence kysteuse et aux débris du contenu.

L'opération, y compris certaines modifications, a eu lieu d'après la méthode de M. Doyen. La guérison marcha sans complications et la malade quitta la Clinique le vingt-deuxième jour, guérie.

I. — M. E. M..., 41 ans, villageoise. Ménorrhagie, tumeur dans l'abdomen, douleurs. Elle a eu huit enfants, le dernier il y a quinze ans. Fibro-myôme interstitiel et sous-séreux de l'utérus, le fibrome atteignant le volume d'une tête d'un nouveau-né. Entra à la Clinique le 28 février 1894. Opération le 1er mars 1894 (durée : 55 minutes). Guérison. Quitta la Clinique le 31 mars 1894.

II. — E. A. J..., 40 ans. Ménorrhagie, douleurs au bas-ventre. Accoucha deux fois, le dernier accouchement il y a vingt ans. Fibro-myôme de l'utérus sous-séreux, multiple. Volume, tête d'un nouveau-né. Entra à la Clinique le 1er mars 1894. Opération, 28 mars 1894 (durée : 1 heure 25 minutes). Guérison. Quitta la Clinique le 28 mars 1894.

III. — M. V. M..., 32 ans. Tumeur dans l'abdomen et ménorrhagie. Vierge. Fibro-myôme de l'utérus sous-séreux et interstitiel atteignant le volume d'un poing d'adulte. Entra à la Clinique le 2 mars 1894. Opération le 4 mars 1894 (durée : 1 heure). Quitta la Clinique guérie le 28 mars 1894.

IV. — K. S. S..., 46 ans. Métrorrhagie, 22 ans. Mariée. Stérile. Fibro-myôme de l'utérus multiple. Volume d'un poing. Entra à la Clinique le 7 mars 1894. Opération, 10 mars 1894 (durée : 1 heure 5 minutes). Quitta la Clinique guérie le 31 mars 1894.

V. — B. A. K..., 40 ans. Tumeur dans l'abdomen. Métrorrhagie, douleurs dans l'abdomen et aux reins. Mariée à 24 ans, ayant eu six enfants, le dernier il y a dix ans. Fibrome de l'utérus interstitiel et sous-muqueux. Volume : tête d'un adulte. Entra à la Clinique le 2 mars 1894. Opération le 15 mars 1894 (durée : 40 minutes). Quitta la Clinique guérie le 8 avril 1894.

VI. — P. L. I..., 33 ans. Tumeur dans l'abdomen, dérangement, trouble urinaire, menstrues irrégulières.

Mariée à 13 ans. Stérile. Fibrome de l'utérus interstitiel et sous-

séreux, d'un poing et demi. Entra à la Clinique le 16 mars 1894.

Opération 22 mars 1894 (durée : 45 minutes) ; quitta la Clinique guérie le 12 avril 1894.

VII. — M. A. M.., 40 ans. Douleurs au bas-ventre, leucorrhée, tumeur dans l'abdomen.

Mariée à 22 ans. Accoucha deux fois, le dernier accouchement il y a douze ans.

Fibro-myôme interstitiel et sous-séreux. Volume plus gros qu'une tête d'un nouveau-né. Entra à la Clinique le 17 mars 1894. Opération le 30 mars 1894 (durée : 40 minutes) ; quitta la Clinique guérie le 18 avril 1894.

VIII. — M. P. R..., 38 ans. Tumeur dans l'abdomen. Ménorrhagie.

Mariée à 12 ans. Elle a eu quatre enfants, le dernier il y a huit ans.

. Fibro-myôme de l'utérus interstitiel et sous-séreux. Volume d'une demi-tête d'adulte. Entra à la Clinique le 28 mars 1894.

Opération le 5 avril 1894 (durée : 40 minutes) ; quitta la Clinique guérie le 24 avril 1894.

IX. — E. M. M..., 39 ans. Tumeur dans l'abdomen. Vierge. Fibro-myôme de l'utérus d'un volume un peu moins qu'une tête d'adulte, sous-séreux et interstitiel multiple. Entra à la Clinique le 2 avril 1894. Opération le 5 avril 1894 (durée : 35 minutes); quitta la Clinique le 20 avril 1894.

X. — A. F..., est entrée à la Clinique le 28 avril 1894, se plaignant de l'impossibilité de marcher, œdèmes, douleurs dans le dos, frissons et fièvre. Elle se trouve dans de bonnes conditions ; le père, à son dire, est mort à la suite d'une affection cérébrale ; mariée, âgée de 23 ans, 7 ans desquels se trouve en seconde noce, stérile. Bien réglée, pendant trois jours, toutes les trois semaines. Elle n'est plus menstruée depuis le mois de mars.

Il y a sept ans, étant mariée pour la seconde fois, la malade ressentit une certaine gêne dans les genoux, un craquement et des douleurs dans le dos, la nuque et le côté extérieur des reins. Tous ces phénomènes devinrent plus intenses pendant chaque époque menstruelle ; ni le massage, ni les bains de boue, ni les eaux minérales, ni le salicylate, ni l'emploi de l'électricité, enfin rien ne soulagea la malade. Il se montra de l'œdème aux pieds, faiblesse générale, le tout forçant la malade

à entrer à la Clinique de Kiew. On y constata la présence d'un fibrome de l'utérus ; on employa l'électricité pendant un an et des injections d'ergotine sous-cutanées. Son état de santé devint pire, les règles se montrèrent d'abord plus fortes, et ensuite diminuèrent. Avec la diminuation des règles les douleurs devinrent plus intenses, l'œdème se montra aux pieds et aux mains. Les mouvements étaient gênés et la malade renonça à marcher, si bien qu'en décembre 1893 la malade se trouvait alitée ayant un œdème général ; fièvre à partir de la fin du mois de décembre atteignant 39° et 40°. Les œdèmes augmentèrent, il survint des phénomènes asthmatiques (morbus Basedowi) avec une augmentation de volume de la glande thyroïde, et les signes de la maladie de Basedow. La malade resta dans un pareil état jusqu'au mois de mars ; c'est alors que je l'ai vue pour la première fois, ayant pu constater chez elle une énorme tumeur purulente dans l'abdomen.

Mon opinion énoncée, la voici : tous ces phénomènes observés chez la malade ne sont autre chose qu'une manifestation pyohémique, pyohémie chronique — ayant conseillé d'enlever la tumeur le plus vite possible malgré les troubles de l'activité du cœur : les sons du cœur sont faibles, irréguliers de rythme, le pouls 120, intermittent, malgré la petite quantité d'urine et sa teneur considérable en albumine, sans cylindres, il est vrai.

Le 1er mai a eu lieu l'opération de la myomotomie par la laparotomie d'après la méthode de Doyen.

La tumeur enlevée consistait en fibromes multiples, dont le plus grand atteignait un volume plus gros que la tête d'un adulte et contenait du pus.

L'opération dura trente-cinq minutes ; guérison, complications. La femme quitta la Clinique le dix-neuvième jour avec annotations suivantes : œdèmes et phénomènes parétiques dans les pieds et les mains ; phénomènes asthmatiques ainsi que la maladie de Basedow disparurent après l'opération ; quantité d'urine jusqu'à 2,000, ayant un faible contenu d'albumine. Les gonflements, craquements des jointures, ceci resta principalement dans les genoux. En raison de ces malaises, on lui conseilla le climat de la Crimée et les bains de mer. Actuellement, tous ces phénomènes ont diminué de beaucoup.

N. B. — Chaque chirurgien expérimenté qui aura attentivement

suivi la description du cas précédent notera le fait que l'opération est excessivement pénible dans de pareilles circonstances. Indépendamment des dangers de la narcose, chaque retard dans l'opération ou même la perte minime de sang seront accueillis comme phénomènes fort menaçants : de même la période consécutive doit s'écouler dépourvue de toute complication. En effet, ne semblerait-il pas mieux de profiter de la méthode extra-péritonéale comme la plus rapide ? Mais non, de côté toute idée à son sujet puisque la suppuration dans le moignon serait une chose fort probable chez un tel sujet, vu que l'organisation de la malade et les tumeurs se trouvèrent dans un état de pyohémie. Par conséquent, le col de l'utérus a dû être nécessairement enlevé, et on atteint ce but par la méthode de Doyen.

XI. — Villageoise, 35 ans. Stérile, se plaignant de métrorrhagie, ménorrhagie, flueurs blanches, des douleurs aux reins, sur le dos.

Diagnostic. — Fibrome de l'utérus multiple, remplissant presque tout le bassin et parvenant jusqu'à l'ombilic. Entra à la Clinique au mois de juillet 1894. Opération le 18 ; le 15 août elle quitta la Clinique guérie.

XII. — E. A. S..., 55 ans. Métrorrhagie, leucorrhée, faiblesse générale. Mariée depuis vingt-sept ans. Stérile. Fibro-myôme de l'utérus interstitiel et sous-muqueux multiple, atteignant le volume d'une tête de nouveau-né. Entra à la Clinique le 9 septembre 1894. Opération le 11 septembre 1894 (durée : cinquante-cinq minutes). A la suite de phénomènes d'obstruction intestinale on fut obligé de sectionner la cavité abdominale. Secondairement au cinquième jour après l'opération, il se montra que des anses de l'intestin grêle étaient adhérentes dans la profondeur du petit bassin aux moignons des ligaments larges ; on détruisit les adhérences, en y plaçant le drainage de Mikulicz. On transporta la malade au lit ; lavement et, bientôt après, l'huile de ricin, après quoi la malade a eu des selles. Quitta l'hôpital, guérie, le 11 octobre 1894.

XIII. — M. F. R..., 44 ans. Tumeur dans l'abdomen, douleurs, faiblesse générale. Mariée, âgée de 27 ans. Stérile. Fibro-myôme de l'utérus sous-séreux du volume d'une tête d'adulte (pèse 7 livres). Entra à la Clinique le 13 septembre 1894. Opération le 17 septembre 1894. La vessie est attaquée. Durée de l'opération : une

heure trente minutes. Quitta la Clinique, guérie, le 15 octobre 1894.

XIV. — A. A. D..., 43 ans. Tumeur dans l'abdomen, douleurs, leucorrhée. Mariée à 26 ans, ayant eu deux enfants, le dernier il y a vingt et un ans. Fibro-myôme de l'utérus sous-muqueux et interstitiel atteignant le volume d'une tête de nouveau-né ; pyosalpingite double. Entra à la Clinique le 21 septembre 1894 Opération le 23 septembre 1894 (durée : une heure dix minutes). On pratiqua le drainage de Mikulicz. Quitta l'hôpital le 14 octobre 1894, guérie.

XV. — K. I. F..., 43 ans. Tumeur dans l'abdomen, douleurs, leucorrhée, ménorrhagie, faiblesse générale. Mariée à 25 ans, elle a eu deux enfants, le dernier il y a dix-sept ans. Fibro-myôme de l'utérus sous-muqueux et interstitiel du volume d'une tête de nouveau-né. Entra à la Clinique le 27 septembre 1894. Opération le 5 octobre 1894 (durée : une heure dix minutes). Drainage de Mikulicz. Quitta la Clinique guérie, le 31 octobre 1894.

XVI. — M. A. D..., 50 ans. Tumeur dans l'abdomen, douleurs, ménorrhagie. Mariée à 18 ans. Stérile. Fibro-myôme de l'utérus sous-séreux et interstitiel, atteignant le volume d'une tête de nouveau-né. Entra à la Clinique le 6 octobre 1894. Opération le 12 octobre 1894 (durée : une heure). Quitta la Clinique guérie, le 10 novembre 1894.

XVII. — A. V. C..., 42 ans. Ménorrhagie, douleurs dans l'abdomen et tumeur. Mariée à 23 ans, elle a eu trois enfants, le dernier il y a quatorze ans. Fibro-myôme de l'utérus interstitiel et sous-séreux multiple. Le volume d'une tête d'adulte (poids : 9 livres et demie). Entra à la Clinique le 18 octobre 1894. Opération le 25 octobre 1894 (durée : une heure cinq minutes). Adhérence de l'intestin et de l'épiploon. Cette malade quitta la Clinique, guérie, le 18 novembre 1894.

XVIII. — M. I. I..., 31 ans. Métrorrhagie. Tumeur dans l'abdomen. Mariée depuis onze ans. Elle a eu un enfant, il y a neuf ans. Fibro-myôme de l'utérus interstitiel et sous-muqueux, aussi volumineux qu'un poing. Entra à la Clinique, le 25 septembre 1894. Opération le 5 novembre 1894. Drainage Mikulicz (durée de l'opération : quarante-cinq minutes). Quitta la Clinique le 14 novembre courant.

XIX. — O. S. K..., âgée de 49 ans. Tumeur dans l'abdomen,

menstruation irrégulière. Vierge. Fibro-myôme de l'utérus interstitiel et sous-séreux multiple atteignant le volume d'une tête d'adulte (poids : 7 livres et demi). Entra à la Clinique le 27 octobre 1894 (durée : une heure). Drainage de Mikulicz. Quitta la Clinique le 14 novembre courant.

XX. — P. O. R..., 44 ans. Tumeur dans l'abdomen et douleurs. Mariée depuis vingt-cinq ans, elle a eu deux enfants, le dernier il y a vingt-trois ans. Deux avortements au terme de deux mois, il y a douze ans. Fibro-myôme de l'utérus interstitiel, sous-séreux, atteignant le volume d'une tête d'adulte (poids : 7 livres et demie). Entra à la Clinique le 8 novembre 1894. Opération le 9 novembre 1894 (durée : une heure quarante minutes). Guérie.

XXI. — M. M. B..., 36 ans. Mariée depuis dix-huit ans. Stérile. Tumeur dans l'abdomen. Ménorrhagie. Fibro-myôme de l'utérus interstitiel atteignant le volume d'une tête d'enfant. Entra à la Clinique le 5 décembre 1894. Opération le 8 décembre 1894 (durée : cinquante minutes). Drainage de Mikulicz. L'opérée est encore (le 21 décembre 1894) à la Clinique. Sa santé est parfaitement bonne.

XXII. — W. S. G..., 34 ans, entre à la Clinique le 9 décembre 1894. Tumeurs dans l'abdomen et ménorrhagie... Mariée depuis quatorze ans, elle a eu trois enfants (le dernier il y a dix ans) et deux avortements au terme de 5 mois (le dernier il y a deux mois et demi) ; fibro-myôme de l'utérus interstitiel aussi volumineux qu'une tête de nouveau-né. Opération le 10 décembre 1895 (durée : une heure quinze minutes). Drainage de Mikulicz. Cette malade n'a pas encore quitté la Clinique ; sa santé est bonne (21 décembre 1894).

XXIII. — W. N. G..., 44 ans, mariée depuis vingt-deux ans, entra à la Clinique privée du Dr W. Yacoubovsky à Moscou (le 3 décembre 1894). Elle a eu deux enfants, le dernier il y a vingt ans. Tumeur dans l'abdomen, fibro-myôme de l'utérus multiple, interstitiel et sous-séreux (poids : 5 livres trois quarts). Opération le 6 décembre 1894 (durée : 57 minutes). Cette malade n'a pas encore quitté l'hôpital. Sa santé est très bonne (du 18 au 21 décembre 1894).

SUR UN PROCÉDÉ DÉFINITIF D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE POUR FIBROMES UTÉRINS

Par L.-G. Richelot.

Depuis longtemps l'hystérectomie abdominale me donne des séries satisfaisantes, et je ne cesse de protester contre la crainte qu'elle inspire encore à des chirurgiens habiles. Ses progrès sont dus aux perfectionnements successifs qu'a subis le traitement du pédicule, d'abord externe et fixé à la cicatrice, puis intra-péritonéal, suturé de façons diverses, pressé par la ligature élastique, enfin lié à la soie et recouvert de péritoine. Aussi ai-je été stupéfait d'entendre un chirurgien de valeur, au dernier Congrès de chirurgie, soutenir que le pédicule externe était encore le procédé de choix. Je comprends qu'on s'y résigne, qu'on l'exécute « la mort dans l'âme », par timidité ou faute de savoir mieux faire ; mais s'en déclarer satisfait et prétendre nous arrêter là, c'est méconnaître absolument l'état de la question.

Aussi bien, le traitement du pédicule ne donne pas la solution définitive du problème : je l'ai reconnu au Congrès de chirurgie, en disant que l'avenir appartenait sans doute à l'hystérectomie abdominale totale. Le meilleur pédicule, en effet, présente encore des inconvénients, sinon des dangers. Une de mes opérées, dont j'ai cité le cas à la Société de chirurgie, avait quitté l'hôpital après une guérison rapide ; un an plus tard elle revint me trouver, rendant des matières par son col utérin. Une anse intestinale s'était ouverte spontanément dans un foyer sanguin formé entre la surface du moignon et le péritoine qui la recouvrait. Une dame, que j'ai opérée l'année dernière, a guéri sans difficulté ; mais la striction des fils de soie et le sphacèle du tissu ont formé sous le péritoine un foyer qui a donné longtemps de petits accès de fièvre, prolongé la convalescence, et qui enfin m'a conduit à faire le mois dernier l'ablation vaginale du col.

Il est de toute évidence que le meilleur moyen de supprimer les inconvénients du pédicule, c'est de supprimer le pédicule lui-même. Seulement, les procédés d'hystérectomie totale sont jusqu'ici compliqués, d'exécution laborieuse, surchargés d'inutiles détails. Les mieux combinés sont encore des « procédés d'auteurs », qui ne réussissent pas à tout le monde. Ce qui nous manque, c'est un procédé courant, une manœuvre simple, sans attirail instrumental, aussi simple que peut le devenir une opération qui ne sera jamais, quoi qu'on fasse, à la portée des maladroits.

Je suis arrivé, après quelques tâtonnements, à cette manœuvre simple. Si je l'appelle un « procédé définitif », cela ne veut pas dire que ma pratique ne variera plus jamais; cela signifie que, pleinement satisfait de l'opération telle que je l'ai réglée, je m'en tiens là et n'écoute plus les inventeurs qui comptent leurs bouts de fils et dorent les anneaux de leurs pinces, tant qu'on ne m'annoncera pas un nouveau progrès, sérieux et authentique.

Le procédé que je vais décrire se résume en deux mots: abandon complet des ligatures et des sutures, pinces à demeure comme dans l'hystérectomie vaginale. Les deux opérations, à part la fenêtre sus-pubienne, ont un résultat immédiat absolument comparable.

Il y a des chirurgiens qui tournent le dos à cette conception, renouvelant contre les pinces des griefs surannés. D'autres, au contraire, essayent de marcher dans cette voie, mais n'ont pas encore touché le but: l'opération est trop longue, les instruments trop ingénieux; on suture le vagin, on fait des tamponnements de Mikulicz; on a peur de l'hémorrhagie, de l'infection, de tout.

Voici en quelques mots l'opération, délivrée des entraves, des préjugés par lesquels j'ai passé comme tout le monde.

Il faut très peu d'instruments : un bistouri, quelques pinces hémostatiques, quatre ou cinq « longuettes de seize », et les deux grandes « pinces de Richelot », dont je ne me sers jamais dans l'hystérectomie vaginale, mais qui ont ici de

sérieux avantages : elles sont courbes sur le champ et s'accommodent à la forme de l'excavation ; elles ont la longueur suffisante pour saisir la totalité du ligament large, ce qui est très utile et très facile dans cette opération, je le montrerai tout à l'heure ; elles ont beaucoup de bande, c'est-à-dire que leur extrémité mord très bien le bord supérieur du ligament et ne le laisse pas déraper.

Il est de rigueur de se placer entre les jambes. La désinfection vaginale doit être absolue, ce qui d'ailleurs ne présente aucune difficulté.

L'incision abdominale étant faite, l'utérus est attiré hors de la plaie. La ligature élastique provisoire n'a pas de raison d'être. La masse utérine est couchée sur l'abdomen, tirée par les pinces à traction, et aide à fermer l'angle supérieur de la plaie.

Tant mieux si le fibrome est tout entier dans le corps. S'il est développé dans le segment inférieur ou s'y prolonge et remplit l'excavation, il faut faire ce que je faisais naguère pour obtenir dans tous les cas un pédicule mince : fendre verticalement l'utérus, énucléer la tumeur en bloc ou par morcellement, placer quelques pinces hémostatiques, fermer la grande loge utérine avec les pinces à traction. L'utérus flasque et aminci vous laisse toute liberté pour agir sur ses parties latérales.

Taillez un lambeau de péritoine par une incision transversale sur la face antérieure de l'utérus, d'un ligament large à l'autre, en coupant les ligaments ronds. Décollez et refoulez ce lambeau dans le petit bassin, pour éloigner la vessie et l'uretère.

L'index et le médius de la main gauche introduits profondément dans le vagin, en avant du col, rasez l'utérus avec les ciseaux à la rencontre de vos doigts et perforez le cul-de-sac antérieur. Il n'est pas besoin de le bourrer de gaze ou de le faire saillir avec un instrument métallique.

Quittez le vagin, mettez l'index par en haut dans la perforation, et sur ce conducteur coupez avec les ciseaux

l'insertion du vagin au ras du col jusqu'à la base d'un ligament large ; coupez même sur le côté du col, au-dessous du ligament. Rien ne saigne, pas plus que ne saigne l'incision circulaire au début de l'hystérectomie vaginale.

C'est le moment de placer la grande pince, pendant que l'utérus est encore là et vous présente le ligament dans son attitude normale. Je suis arrivé en dernière analyse à cette manière de faire, qui est la plus simple et de beaucoup la plus sûre. Inutile, par conséquent, d'appliquer des pinces abdominales provisoires pour y substituer les vaginales définitives ; inutile de recourir à la pince très ingénieuse de Jacobs, dont les branches mobiles se démontent, sont enlevées de l'abdomen et replacées par l'autre voie.

Procédez de la manière suivante : embrassez le ligament large avec toute la main gauche, le pouce en avant, les doigts en arrière ; appuyez la pointe mousse des ciseaux dans le point où vous venez d'arrêter la désinsertion vaginale, au-dessous de l'utérine ; perforez le feuillet postérieur du ligament, retirez les ciseaux en les ouvrant pour agrandir l'orifice, et placez dans cet orifice l'index ou le médius de la même main. Puis introduisez la pince vaginale, présentez son mors postérieur au susdit orifice et poussez-là de bas en haut, — en dehors de la trompe et de l'ovaire, bien entendu —, pendant que votre aide laisse descendre un peu l'utérus et que vous engagez à fond le bord supérieur du ligament large, avant de serrer fortement. Cette application de la pince est d'une facilité extrême, inattendue.

Reprenez, de l'autre côté, la désinsertion du vagin et pincez le second ligament de la même façon.

Coupez rapidement sur les bords de l'utérus, et la masse ne tient plus que par le cul-de-sac postérieur. Notez que vous ne l'avez pas ouvert tout de suite après l'antérieur ; il aurait fallu soulever la masse utérine, la rabattre en avant, c'était plus long et bien inutile. Au point où nous sommes arrivés, tout est fini en deux ou trois coups de ciseaux.

La tumeur enlevée, il faut reprendre, avec des « longuettes

de seize » introduites par en bas, les points saignants de la section postérieure. Puis une lanière de gaze iodoformée, introduite par en haut, est pelotonnée dans le fond du vagin, et l'opération est terminée. Pourquoi tenir à fermer le péritoine, puisqu'il reste ouvert dans l'hystérectomie vaginale ?

Et pourquoi laisser un drain, comme le font quelques-uns, voire même un tamponnement de Mikulicz dans la plaie de l'abdomen, au risque d'avoir une guérison moins rapide, et plus tard une éventration ? Où sont les causes d'infection, les risques d'hémorrhagie? Avec les pinces des ligaments, l'hémostase complémentaire, l'absence de toute ligature et la brèche du péritoine occupée par la gaze, on a la copie identique d'une hystérectomie vaginale.

Sur les trois opérations que j'ai faites par ce procédé, j'ai mis, dans le premier cas, deux pinces droites en étage au lieu de la pince unique ; aussi l'opération a-t-elle duré trois quarts d'heure. Mais les deux dernières m'ont demandé trente-cinq minutes et une demi-heure, y compris la suture abdominale ; et dans les trois cas, par une singulière coïncidence, j'ai dû perdre quelques minutes à faire l'énucléation du fibrome. Je parle de la durée vraie, totale, et je ne m'arrête pas, comme certains auteurs, à l'ablation de l'utérus, oubliant la demi-heure qu'il leur faut encore pour lier, suturer, faire la toilette et fermer le ventre. Je ne crois pas qu'il soit bien facile d'aller plus vite, ni de faire une hystérectomie plus simplement.

Mes trois malades ont guéri. Ce n'est pas une statistique, mais c'est une expérience suffisante, après les tâtonnements antérieurs, pour fixer ma pratique. Mes dernières séries, avec ou sans pédicule, ont été heureuses. J'étais déjà fort satisfait des résultats que me donnaient les pinces à demeure, alors que je les substituais à des pinces abdominales provisoires, et que je n'allais pas encore droit au but comme aujourd'hui. Mais je n'en veux plus tirer d'arguments ; tout ce qui était progrès il y a quelques semaines, disparaît devant la pince vaginale d'emblée, avec suppression totale du lien élastique, des ligatures variées et de l'occlusion du péritoine.

ÉTUDE SUR LES FISTULES URÉTÉRO-VAGINALES

(ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT)

Par le Dr **Tuffier**, agrégé, chirurgien de la maison Dubois, et **Charles Levi**. interne des hôpitaux.

Les fistules *urétéro-utérines* avaient été signalées en 1841 par A. Bérard, mais pour trouver le premier travail sur les fistules *urétéro-vaginales*, il faut arriver à l'année 1860, où Laugier et Panas font une publication à ce sujet dans la *Gazette des hôpitaux*. Depuis, le nombre des observations s'est accru. Simon, en 1876, en publie un cas. Landau fait en 1877, dans les *Arch. f. Gyn.* un travail sur la pathogénie, le diagnostic, et le traitement. Depuis on a surtout étudié le traitement de cette affection soit expérimentalement, soit chez la femme. Les procédés opératoires sont multipliés, et nous citerons surtout à ce sujet les travaux de Van Hook, Novaro, et Fenger, la thèse de Bar, et de nombreux articles des chirurgiens américains (*Annals of surgery*).

Les fistules urétéro-vaginales sont difficiles à reconnaître; difficiles à traiter; aussi elles ont été méconnues et confondues avec des fistules vésico-vaginales pendant longtemps. D'ailleurs leur fréquence a augmenté, avec l'apparition et la vulgarisation de l'hystérectomie vaginale, car, comme nous le verrons, le traumatisme opératoire en est souvent la cause. Nous avons pu en réunir 40 cas consécutifs à cette opération. (Tuffier, *Soc. de chir.*, 1895.) Le siège élevé de l'uretère, sa mobilité, l'inclinaison antérieure du bassin en rendent normalement les blessures et la compression difficiles. Pour que l'uretère soit lésé, il faut généralement qu'il soit au préalable fixé par l'inflammation du tissu qui l'entoure, ou que ses rapports soient modifiés pathologiquement.

Les fistules urétéro-vaginales sont *congénitales* ou *acquises*. Ce sont ces dernières qui nous occuperont surtout.

Fistules congénitales. — Dans les fistules *congénitales*,

l'orifice de l'uretère est à la partie supérieure ou inférieure du vagin.

Elles sont plus faciles à opérer et à guérir que les fistules traumatiques. Elles seraient fréquentes, d'après Fenger, qui rapporte que sur trente-huit cas, *dix* seulement avaient trait à des fistules acquises, et *vingt-huit* étaient *congénitales*. C'est à leur propos que les premières opérations d'abouchement de l'orifice anormal dans la vessie furent pratiquées. Cet abouchement fut fait *par voie vaginale* dans les deux cas suivants : Davenport (*Boston med. and surg. J.*, 1890) opéra une femme de 29 ans, atteinte depuis son enfance d'incontinence d'urine due à une malformation de l'uretère. L'incontinence s'était accrue quand parurent les règles, et surtout pendant une grossesse. On trouva un des uretères dans la cloison vésico-vaginale se dirigeant en avant ; son orifice était voisin de l'orifice externe de l'urèthre. On fit l'implantation de l'orifice de l'uretère dans la vessie et la malade guérit.

Dans le second cas de Bois d'Aurillac (*Soc. chir.*, t. XIX), la malade avait une incontinence d'urine congénitale malgré un fonctionnement normal de la vessie. Il y avait sur la paroi gauche de l'urèthre un canal d'où l'urine coulait continuellement. On sépara la cloison entre l'uretère et la vessie, et l'ouverture fut maintenue béante par des bougies. La fermeture du bout inférieur de l'uretère fut différée parce que la malade était enceinte. A côté de ces deux cas où l'opération fut faite par voie vaginale, nous citerons le cas suivant de Baumm (*Centralblatt f. Gynæc.*, 1892, n° 17, p. 336), où on fit l'implantation *extra-péritonéale* de l'uretère dans la vessie. La malade avait un double uretère à droite dont l'un allait à l'orifice de l'urèthre et causait une incontinence partielle d'urine. Baumm fit une incision sus-pubienne, pratiqua une ouverture dans le fond de la vessie, et la relia à l'extrémité voisine de l'uretère accessoire, dont il lia le bout inférieur. L'auteur lui-même ne recommande pas cette opération, qu'il fut obligé de choisir parce que la

femme était vierge. Dans d'autres conditions, il vaudra mieux suivre la voie vaginale.

En résumé, dans les cas de fistule congénitale, la voie d'élection est la voie vaginale. En cas d'insuccès et si le rein n'est pas infecté, l'implantation extra ou intra-péritonéale dans la vessie et enfin, en dernier ressort, la néphrectomie s'imposent. Le succès sera en général plus facilement obtenu par autoplastie vaginale que dans les fistules acquises, que nous allons maintenant étudier. Leur anatomie pathologique si différente explique bien cette différence dans les résultats thérapeutiques. On est en présence, dans le premier cas, d'une simple malformation au milieu des tissus normaux; on a affaire, dans le second, à une perte de substance au milieu d'un tissu cicatriciel.

Fistules acquises. — Ces fistules sont consécutives à un traumatisme. Le pincement d'un uretère dans l'hystérectomie vaginale, ou son sphacèle consécutif si les pinces le touchent de trop près, sa section dans le débridement vaginal d'une suppuration pelvienne, dans l'opération des fistules vésico-vaginales étendues, son sphacèle dans certains phlegmons gangreneux du bassin, ou dans les accouchements laborieux en sont ordinairement la cause. Sur 10 cas de fistules acquises, Fenger en signale 5 à la suite de l'hystérectomie vaginale, 3 par abcès pelvien et 2 à la suite d'opération de fistules vésico-vaginales. Sur 23 cas, Hochstetter en signale 10 par hystérectomie, surtout vaginale. L'hystérectomie vaginale paraît donc la cause principale, ce qui se comprend facilement vu les rapports du vagin et du col utérin avec l'uretère à son passage dans les ligaments larges. Biar a réuni 4 cas de fistules produites ainsi et l'un de nous en a vu, à lui seul, 5 exemples.

J. Bœckel a communiqué en 1884, à la *Société de chirurgie* un fait qui peut servir de type à la fistule par opération. Pendant l'hystérectomie vaginale, survint une hémorrhagie qui obligea le chirurgien à laisser, plusieurs heures, une pince à forte pression dans la plaie. Le troisième jour, l'urine

coulait d'une façon continue par le vagin ; la pince avait évidemment saisi l'uretère et déterminé sa mortification. Nous verrons une étiologie analogue dans une de nos observations que nous relaterons plus loin.

A côté de ces faits, qui sont les plus fréquents, on trouve quelquefois comme étiologie de ces fistules, la compression exercée non plus par les mors d'une pince, mais par le fœtus, ou par des manœuvres obstétricales, surtout si une inflammation chronique du petit bassin a produit de la péri-urétérite qui a fixé le conduit. Ces fistules puerpérales sont plus fréquentes à gauche et chez les multipares. Rapprochons aussi de ces cas la très curieuse observation de Landau où la compression était due à un pessaire. Enfin nous laissons de côté des ulcérations organiques de voisinage surtout dues au cancer utérin.

Les cas, que nous avons eu l'occasion d'observer, sont au nombre de quatre. Tous étaient *du côté droit* (1). Et la grande majorité des observations, 21 sur 28, montre la fréquence bien plus grande des fistules de ce côté. Ayant eu l'occasion de voir pratiquer et de pratiquer (94) un grand nombre d'hystérectomies vaginales, l'un de nous a pu se convaincre que la cause de cette prédominance est due à la plus grande difficulté des manœuvres de ce côté. Il suffit pour s'en rendre compte de se rappeler que la droite de la malade devenant pendant l'opération la gauche de l'opérateur, l'application des pinces du côté droit de la patiente et toutes les manœuvres du même côté se font dans une position évidemment défavorable, et les fautes opératoires sont ainsi rendues plus fréquentes de ce côté. L'uretère en danger semble donc bien être l'uretère droit. Les cas de Bœckel et de Chaput qui font exception à la règle ont été observés dans des conditions toutes particulières d'hémorrhagie.

De nos quatre cas, trois étaient consécutifs à l'hystérectomie vaginale, un était survenu à la suite d'une ouverture

(1) Nous avons vu et opéré un nouveau cas siégeant à droite (8 mai 1895).

du cul-de-sac postérieur pour suppuration pelvienne. De ces quatre fistules, l'une guérit par abouchement de l'uretère dans la vessie par voie abdominale, une seconde guérit spontanément, une troisième, sur laquelle on avait tenté en vain un abouchement sous-péritonéal, fut traitée avec succès par des cautérisations. Enfin chez une quatrième malade la suture de l'uretère à la vessie par voie vaginale fut suivie d'un plein succès.

OBS. I. — *Hystérectomie vaginale pour cancer utérin. Hémorrhagie secondaire. Fistule urétéro-vaginale. Abouchement de l'uretère sectionné dans la vessie. Guérison. État de la malade quatorze mois après l'opération.*

M. J..., domestique, entrée le 6 novembre 1893, salle Huguier, nº 9, à l'hôpital Beaujon.

C'est une femme de 36 ans, qui nous est adressée pour des métrorrhagies. Elle est grande, assez vigoureuse, et son aspect général ne trahit en rien la lésion grave qu'elle porte. Sa santé n'a été troublée que par des accès de coliques hépatiques survenant tous les ans à peu près régulièrement, mais qui ont disparu depuis deux ans.

C'est en octobre 1892, il y a treize mois, que la menstruation devint plus abondante et, depuis le mois d'août, elle perd du sang continuellement. Des douleurs dans la région hypogastrique et dans le pli génito-crural gauche avec irradiations dans la jambe correspondante ont apparu à la même époque et se sont accentuées. Son état général est d'ailleurs resté parfait ; elle n'a pas maigri ; son appétit et ses digestions n'ont rien d'anormal. L'utérus n'est pas augmenté de volume, mais le col présente un épithélioma bien net.

L'organe est mobile ; les ligaments larges sont souples. Toutes les indications d'une hystérectomie vaginale nous paraissent réunies dans ce cas.

L'*opération* est proposée et acceptée.

Elle est faite le 9 novembre.

Après avoir largement curetté toute la surface du cancer, on fend l'utérus sur la ligne médiane, et on fait l'hystérectomie avec la plus grande facilité. Une hémorrhagie assez violente survient dans l'après-midi et oblige l'interne de garde à enlever les tam-

pons et à en rechercher l'origine. C'était le ligament large droit qui en était le siège ; une des pinces avait dérapé.

Ablation des pinces le 11 novembre.

Le 15. On change les mèches de gaze iodoformée. Tout allait bien. Température 37° à 37°,7.

Le 21. On s'aperçoit qu'un écoulement abondant d'odeur urineuse se fait par le vagin.

On s'assure que la vessie n'y est pour rien, et, après avoir fait recueillir les quantités d'urine émises par la vessie, on pose le diagnostic de fistule urétéro-vaginale.

1er décembre. On examine la malade et on trouve, au fond et à droite du vagin, un petit cul-de-sac avec un bourgeon muqueux d'où s'écoulait l'urine par éjaculation. Le cathétérisme en est impossible. Un essai du cathétérisme des uretères par la vessie, fait au moyen du cystoscope par M. Janet et par nous, reste sans résultat.

A partir du 10, la malade souffrait du rein droit, qui était augmenté de volume au point d'avoir, dès le 15 décembre, doublé de volume. Dans ces conditions, il y avait à choisir entre la néphrectomie et l'abouchement de l'uretère dans l'intestin ou la vessie. On se décide pour cette dernière opération.

Le 18. Avec le concours de M. Th. Anger, nous faisons l'opération suivante :

Une incision de 12 centim. sur la ligne médiane descend jusqu'à la symphyse pubienne. Le péritoine ouvert, on met la malade dans la position de Trendelenburg, et, protégeant l'intestin avec des compresses stérilisées, on explore la région de l'artère iliaque primitive jusqu'à sa bifurcation. Ses battements sont facilement perceptibles et de larges écarteurs permettent de voir toute la région. On cherche du doigt et de l'œil un cordon rappelant l'uretère par sa forme et par son volume, par sa direction qui croise les vaisseaux iliaques primitifs. On ne voit rien d'analogue. On pense alors qu'en incisant le péritoine qui recouvre les vaisseaux iliaques, on a peut-être relevé l'uretère avec ces feuillets. Ce fait nous avait été démontré par des dissections, et nous l'avions déjà signalé dans notre travail sur l'urétérotomie. En examinant avec soin le péritoine incisé, on ne vit aucun cordon à sa face profonde. Revenant alors sur les vaisseaux iliaques, et les isolant, on voyait battre l'artère iliaque primitive et ses deux bran-

ches, et à sa surface il y avait un gros cordon bleuâtre, dont le volume, la forme, la. coloration, les rapports étaient bien ceux d'une grosse veine iliaque. Cependant, après plusieurs minutes de recherches, on s'aperçut que cette prétendue veine descendait plus verticalement que la veine iliaque, et surtout en lui ayant imprimé une légère traction, il nous sembla qu'elle était adhérente au vagin. Un des aides pratiquant le toucher vaginal, on s'assure que les mouvements étaient bien communiqués au cul-de-sac vaginal latéral droit. Dès lors, il n'y avait plus de doute. Ce cordon était bien l'uretère dilaté, aminci, bleuâtre, sinueux.

On continua à le disséquer jusqu'au cul-de-sac vaginal, et là on incisa le conduit au ras du vagin. L'ayant saisi doucement entre les mors d'une pince, on l'amena dans le champ opératoire, qui fut protégé de tous côtés par des compresses. Le conduit fut vidé de son contenu sur une éponge. On amena alors à son contact la paroi postéro-latérale droite de la vessie et après s'être assuré qu'on pouvait mettre en contact l'orifice du canal et cette région de la vessie, sans que cette union amenât une traction trop forte d'un côté ou de l'autre, on fit, entre deux pinces à dents de souris, une ouverture verticale de l'uretère à la vessie. Ensuite on saisit entre deux rangées de pinces, la muqueuse d'une part et le reste de la paroi vésicale de l'autre. Alors on introduisit dans l'uretère une sonde n° 12; on en fit passer l'autre extrémité dans la vessie à travers l'incision vésicale et on la fit ressortir par le méat uréthral.

Il ne restait plus qu'à suturer l'orifice de l'uretère à la vessie, ce qui fut facile. Un plan de cinq sutures muco-muqueuses au catgut, et un second plan à la soie fine unissant la musculo-fibreuse vésicale et la paroi urétérale, assurèrent un contact parfait et permanent.

L'opération terminée, on voyait l'uretère faire un léger coude de la paroi pelvienne à la paroi postéro-latérale de la vessie, mais il n'y avait pas de traction de l'une à l'autre. L'abdomen fut ensuite refermé plans par plans comme dans une laparotomie ordinaire, puis une sonde de Petzer fut mise dans la vessie.

Nous avions ainsi, passant par le méat, une sonde vésicale et une sonde urétérale qui furent solidement fixées au pansement.

Les suites opératoires furent très simples; il n'y eut ni fièvre ni réaction. Les sondes fonctionnèrent chacune pour leur compte

sans incident. On n'a pas recueilli séparément l'urine de la vessie et l'urine de l'uretère du côté opéré.

Le septième jour, ablation de la sonde urétérale, et le onzième, de la sonde vésicale.

La malade sort guérie le 16 janvier 1894.

Elle est revenue se montrer environ tous les deux mois depuis l'opération. Dès le premier examen, nous avons constaté que le rein droit n'était plus volumineux, malgré les différentes explorations qu'on fit dans des positions diverses. Aucun cordon rappelant l'uretère n'était perceptible dans l'abdomen.

Par le toucher vaginal, on ne trouvait qu'une légère induration dans le cul-de-sac droit. Les urines étaient normales.

La malade est rentrée dans le service pour quelques pertes sanguinolentes. On trouve au fond du vagin un bourgeon épithéliomateux du volume d'une framboise qu'on enlève avec la curette. On cautérise profondément au thermocautère sa base d'implantation, et la malade sort en bon état.

Nous avons profité de son retour à l'hôpital pour examiner son appareil urinaire. L'urine est de quantité et de qualité normales, sauf une diminution assez notable de la proportion d'urée.

Le rein droit n'est plus perceptible au palper bimanuel, même dans la situation inclinée du tronc à 45 degrés.

L'uretère n'est perceptible ni au palper abdominal ni au toucher vaginal. La cicatrice abdominale est souple, elle ne permet aucune éventration.

Le nombre des mictions est normal ; il n'y a aucun trouble fonctionnel.

L'examen cystoscopique a été fait par M. Janet et nous. Nous avons vu l'orifice urétéral artificiel ; malheureusement notre installation insuffisante ne nous a pas permis d'en faire le cathétérisme.

Cette observation n'est que l'application d'une méthode que l'un de nous avait conseillée en 1888 dans le traité de chirurgie à propos de ces fistules, méthode qu'il avait étudiée expérimentalement, mais qu'il n'avait pas eu l'occasion d'appliquer le premier sur le vivant, précédé de quelques mois par Novaro (février 1893), qui poursuivait la même question et par deux expérimentateurs italiens, Paolo et

Busachi, puis par Bazy (juin 1893). Notre observation n'est donc que la troisième en date en 1893; après elle viennent celles de Penrose et de Rouffart. Les seuls faits à retenir de cette observation sont la forme sinueuse de l'uretère, son rétrécissement inférieur, capable de provoquer en quarante jours de grands désordres du côté de ce canal et du côté du rein. C'est la crainte de cette sténose après l'opération d'abouchement dans la vessie qui a fait décrire à Wuchel des précautions théoriques spéciales, sections longitudinales de l'uretère, suture en triangle à la vessie. C'est la même crainte qui, dans les sections transversales de l'uretère avec suture directe, fait conseiller par Van Hook la suture latérale par invagination (uretère, urétérostomie). En tous cas, il sera bon de dégager l'uretère et de bien s'assurer de l'état de son orifice, avant de pratiquer son implantation dans la vessie.

Le succès obtenu chez cette première malade nous donna le désir d'exécuter la même intervention chez une femme vue quatorze mois auparavant, et qui, atteinte d'une fistule urétéro-vaginale après hystérectomie, avait refusé toute opération.

Ayant l'adresse de cette femme, on put lui écrire; elle vint à Beaujon où, à notre grande surprise, on la trouva complètement guérie.

Voici d'ailleurs son histoire succincte :

Obs. II. — *Fistule urétéro-vaginale consécutive à une hystérectomie. Guérison spontanée après neuf mois.*

M D..., 40 ans, entre le 16 mai 1893 à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, n° 1. C'est une femme vigoureuse, au teint coloré, qui avait subi, le 17 novembre 1892, une hystérectomie vaginale pour fibrome; dès le cinquième jour après son opération, elle présentait tous les signes d'une communication des voies urinaires avec le vagin.

La persistance des mictions volontaires normales et la quantité des urines rendues par la vessie, 600 gr., firent penser à une

fistule urétérale. En l'examinant, on vit au fond et à droite du vagin, au milieu d'un tissu cicatriciel irrégulier, une surface bourgeonnante d'où sortait par intermittence de l'urine.

Quand elle revint en 1893, tout écoulement d'urine et toute trace de fistule avaient disparu.

On hésiterait vraiment à communiquer ce fait s'il n'avait été bien observé, si nous n'avions trouvé deux exemples semblables dans les bulletins de la *Société de chirurgie de Bruxelles* (Gallet et Lavisé) et si nous n'en avions trouvé d'autres faits publiés à l'étranger. Hochstetter, en effet, en rapporte un cas, après hystérectomie vaginale où la guérison survint au trente-quatrième jour, et il y ajoute trois cas de Zweifel, et un de Schatz. Enfin un cas en a été rapporté oralement à la Société de chirurgie.

Quelle que soit l'étrangeté de ces faits, nous devons les enregistrer et ils auront leur valeur dans notre détermination thérapeutique.

Peut-être s'agit-il de sections incomplètes de l'uretère avec persistance d'un pont unissant les deux parties sectionnées. C'est encore à cette même disposition anatomique qu'il faut rapporter les cas de guérison de ces fistules par des moyens vraiment bien simples et dont voici un exemple :

Obs. III. — *Fistule urétéro-vaginale simple, cautérisation vaginale. Guérison.*

Au mois d'août 1893, entrait dans le service de M. Th. Anger, suppléé par l'un de nous, à l'hôpital Beaujon, une femme de 32 ans, atteinte de suppuration pelvienne post-puerpérale. L'état général était menaçant et la collection fut débridée d'urgence. Une fistule urétéro-vaginale s'établit et il fut absolument impossible d'en faire le cathétérisme à plus de 4 centim. de profondeur, et cela malgré tous les moyens employés en pareil cas.

Cependant, pensant que peut-être par un cathétérisme rétrograde de la vessie vers l'uretère, on serait plus heureux, M. Janet et nous, nous essayâmes par la cystoscopie de cathétériser l'embouchure de l'uretère, et cela sans aucun succès.

La vessie était bien saine, sa distension normale; l'examen à la lumière électrique l'a prouvé. Le plan opératoire de suture après cathétérisme rétrograde du conduit fut donc abandonné et, le 3 juin, on chercha à fermer partiellement l'orifice au-dessous de la fistule. Ce fut sans succès. Alors on fit autour de l'entonnoir, et à environ un centimètre de la partie la plus étroite, une profonde cautérisation au nitrate d'argent, d'abord, au chlorure de zinc, ensuite, sans grand espoir.

Sept jours après, la malade ne perdait plus d'urine, on ne l'examina pas, par crainte d'ouvrir la fistule. Mais vingt jours après, c'est-à-dire environ six semaines après son opération, on ne trouvait plus trace de l'orifice fistuleux; la vessie fonctionnait normalement; la quantité d'urine atteignait 1,200 gr. et le rein droit n'était le siège d'aucune douleur, ni d'aucune malformation. Il paraît bien probable que chez cette malade l'uretère avait été lésé sur une partie seulement de sa circonférence et que cette hémisection peut-être oblique, avait une tendance naturelle à la réunion de ses lèvres.

Notre quatrième fait, tout à fait différent des précédents, mérite d'être décrit tout au long.

Obs. IV. — *Fistule urétéro-vaginale et vésico-vaginale; essai de ligature de l'uretère. Échec. Abouchement urétéro-vésical par voie vaginale. Guérison.*

Il s'agit d'une femme qui avait subi l'hystérectomie vaginale pour infection utérine et péri-utérine, en juillet 1894.

Le suintement vaginal était considérable, mais ce ne fut qu'au sixième jour qu'il fut possible de se rendre compte qu'il existait un écoulement de l'urine par la plaie, bien que la vessie parût fonctionner régulièrement.

Les différents examens nous firent voir que la vessie ne communiquait pas avec le vagin. Vers le vingt-cinquième jour, l'examen de la cavité vaginale nous montrait, tout à fait à l'extrémité droite du cul-de-sac postérieur, et plutôt sur la partie latérale que sur la partie postérieure, un entonnoir au fond duquel on voyait sourdre l'urine d'une façon intermittente. Un stylet pénétrait avec la plus grande peine à ce niveau et n'entrait qu'à trois ou quatre centimètres. Mais toute tentative pour entrer dans la

vessie, ou pour reprendre par la vessie le stylet introduit par la fistule, resta vaine.

La malade nous dit que pendant dix jours après l'opération, elle ne perdit pas d'urine et elle est très affirmative sur ce fait qu'à partir du dixième jour elle a été inondée par le passage de l'urine dans le vagin.

C'est une femme grande, maigre, pâle, mais paraissant assez résistante ; toutefois, son état général a notablement fléchi depuis les cinq derniers mois.

Elle perd à peu près une quantité d'urine égale par le vagin et par la vessie. Une sonde à demeure vésicale ne change en rien les conditions du suintement vésical ; au fond et à droite du vagin existait, à l'extrémité d'un infundibulum irrégulier, un gros bourgeon, charnu, au milieu duquel suinte l'urine, par éjaculation. Le rein est abaissé, sensible, mais n'a pas l'augmentation de volume si notable qui existait chez la première malade. Dans ces conditions, nous résolûmes de faire l'abouchement de l'uretère dans la vessie par voie abdominale. Le 5 janvier 1895, la malade étant en position de Trendelenburg, on ouvre la région hypogastrique et le péritoine, et on va à la recherche de l'uretère ; on trouve le canal au niveau des iliaques.

On tombe sur une série d'adhérences telles qu'il est tout à fait impossible de songer à en dégager ce conduit pour le descendre dans la vessie. De plus, on trouve, contrairement à ce qui a lieu généralement, que son calibre n'a pas augmenté de volume. Il y avait alors le choix entre l'abouchement dans l'intestin, ou à la peau, et la ligature de l'uretère. La malade était dans un état de faiblesse à faire redouter la néphrectomie, et le point où on pouvait drainer l'uretère était si élevé qu'on abandonna l'idée d'une urétérocystostomie ; on se décida pour la ligature et on plaça un bon fil de catgut n° 4 sur l'uretère. L'abdomen fut refermé, et dès le lendemain, la malade ne perdait plus d'urine ; tout semblait marcher à souhait, quand le huitième jour les accidents reparurent, le vagin était de nouveau inondé.

Il ne restait plus à tenter que la néphrectomie, ou une opération plastique par voie vaginale.

La malade étant dans la position de la taille et la dilatation vulvo-vaginale étant progressivement poussée aussi loin que possible, on vit que la perte de substance au fond du vagin. com-

prenait une perforation vésicale, petite à droite, et un infundibulum urétéral à gauche, séparés par un éperon. On fit d'abord un large débridement sur la partie externe de la fistule pour mobiliser l'uretère, et on entra, dès que l'incision eut quelques millimètres, dans la cavité péritonéale qui fut protégée par une mèche. On fit un double plan de suture urétéro-vésicale au catgut et vaginale (sept points) au crin de Florence. Sonde à demeure vésicale. La mèche de gaze iodoformée fut enlevée le quatrième jour, les fils le onzième. La malade est depuis cette époque complètement guérie.

Les deux uretères fonctionnent parfaitement. C'est l'abouchement urétéro-vésical par voie vaginale qu'on tenta.

Dans l'étude du traitement des fistules urétéro-vaginales, il faut distinguer les *pincements latéraux*, donnant lieu à une fistule latérale, et les *sections complètes*.

Dans le cas de pincements latéraux la guérison peut être obtenue *spontanément*. Il en est ainsi dans un cas du Dr Lavisé (*Ann. Soc. belge de Chir.*, n° 6, 1894), où le jour fixé pour l'opération, la femme déclara ne plus avoir perdu d'urine par le vagin depuis la veille, tandis que par l'urèthre elle en émettait beaucoup plus que d'habitude (1,200 gr.). Cette situation se maintint, et après un mois, la malade guérie sortit de l'hôpital. Il en fut de même pour une de nos malades (obs. II). Dans un cas du Dr Gallet (*Ann. Soc. belge*, n° 9, 15 janvier 1895), une femme eut, à la suite d'une hystérectomie vaginale pour double pyosalpinx, une fistule urétéro-vaginale. La quantité des urines perdues alla en diminuant, et à la suite d'un simple attouchement avec un tampon imbibé d'acide sulfurique, la guérison fut complète. L'auteur fait remarquer que cette guérison ne peut se faire que si l'uretère n'a été que partiellement atteint. C'est dans ces cas seulement, en général, qu'on peut faire le cathétérisme du bout vésical de l'uretère.

Les *sections complètes* sont *sous-péritonéales*, si le péritoine en avant de l'uretère a été respecté; *péritonéales*, s'il a été pincé, et ouvert. L'urine peut s'écouler dans l'abdomen

et par le vagin dans ce dernier cas. Les *sections* peuvent être *longitudinales ou transversales*, mais celles qui donnent lieu à des fistules urétéro-vaginales sont généralement transversales. Dans la section longitudinale, la cicatrisation a tendance à se faire spontanément ; dans la section transversale, il y a tendance au contraire à la rétraction, et tandis que dans la première les simples sutures extra-muqueuses peuvent donner de bons résultats, ici elles déchireraient les tissus ou amèneraient la sténose du conduit.

Pour ces cas, Van Hook (*J. Amer. Med. Assoc.*, décembre 1893, 16 et 23) a proposé *l'urétéro-urétérostomie, par implantation latérale*, en liant le bout inférieur, et en pratiquant l'abouchement au-dessus de la ligature. Kelly a fait la première opération de ce genre (*Ann. of surg.*, janvier 1894, p. 70). C'était chez une femme de 25 ans. Pendant l'hystérectomie abdominale l'uretère droit repoussé en haut par la tumeur fut lié accidentellement et divisé transversalement. On pratiqua, aussitôt l'erreur reconnue, l'anastomose urétéro-urétérale en liant le bout inférieur près de la surface de section, et en faisant une fente longitudinale de 1 centim. de long sur la paroi antérieure, un demi-centim. au-dessus de la ligature. Invagination de la partie supérieure dans la portion inférieure de l'uretère. On sutura les bords de la fente à la partie supérieure de l'uretère. Drainage à la gaze iodoformée. Le second jour, l'écoulement involontaire d'urine avait cessé. Réunion par première intention. Guérison.

Dans cette communication on trouvera des anastomoses de ce genre pratiquées expérimentalement chez des chiens par Bloodgood. Cette anastomose des deux bouts de l'uretère n'est possible qu'avec les sections simples ou avec très faible perte de substance. Tauffer (*Centrabl. für Chir.*, 1894, n° 28, p. 671) rapporte deux cas où on fit la suture de l'uretère sur une sonde introduite dans les deux bouts. On retira la sonde avant de nouer les fils.

Gallet (*Ann. Soc. belge Chir.*, 15 janvier 1895, p. 413) rapporte des *urétérorrhaphies circulaires* faites sur des animaux, et conseille cette opération au cas échéant. Il faut se munir d'un dilatateur à trois branches, de sondes mi-rigides, olivaires (nos 6, 7, 8, 9), d'un appareil cystoscopique de Kelly, de sondes de Pawlick, d'une large sonde cannelée, d'aiguilles fines. La malade est mise dans la position de Trendelenburg. Par la cœliotomie, on va à la recherche de l'uretère, on incise le péritoine qui le recouvre si la section est sous-séreuse. On va à la rencontre du bout inférieur, dans lequel on a introduit par l'urèthre une sonde, et on réunit les deux bouts après avivement si la fistule est ancienne. La suture circulaire se fait avec un fil de catgut. On suture le péritoine, on établit un drainage par le vagin. On laissera la sonde à demeure trois jours, en la fixant à la vulve. On a recommandé d'aborder la portion vésicale de l'uretère par la voie sacrée. On a conseillé aussi la périnéotomie. Mais les sutures de l'uretère sectionné sont souvent insuffisantes et elles peuvent produire plus tard une sténose du conduit. Dans les cas où la suture a réussi, il s'agissait d'uretères à parois épaissies. Les expériences de l'un de nous (Tuffier, *Études expérimentales sur la chirurgie des reins*) sur les animaux ont démontré que la suture de l'uretère normal après section transversale, offre peu de chances de succès. La suture circulaire de l'uretère n'est pas à conseiller, à moins que l'uretère ne soit épaissi, et fixé par des adhérences. De plus, les procédés, tels que celui de Kelly, ont l'inconvénient de laisser dans le conduit des fils de soie qui peuvent devenir le centre de concrétions. Ces procédés sont inapplicables dans les cas de *pertes de substance*. Dans ces cas, il faut considérer l'étendue et le siège de la perte de substance. Celles qui donnent lieu aux fistules urétéro-vaginales sont peu élevées, à deux ou trois centimètres au maximum du point où l'uretère s'insinue dans la paroi vésicale. Les muqueuses du vagin et de la partie supérieure de l'uretère se continuent pour ainsi dire ensemble, c'est dire que les deux bouts de

l'uretère sont peu distants en général. Cependant, quelquefois on a lésé l'uretère assez haut pour qu'il soit impossible de faire l'abouchement dans la vessie et pour qu'on soit obligé d'aboucher l'uretère à la peau ou dans l'intestin.

On voit que le procédé d'intervention est commandé par *la nature de la fistule* et surtout *par les difficultés plus ou moins grandes pour l'atteindre.* (*A suivre.*)

DES ACCIDENTS CAUSÉS PAR LE CURAGE UTÉRIN

Par **R. Pichevin**, chef des travaux gynécologiques à la clinique chirurgicale de Necker.

S'il est un rôle ingrat et improductif, c'est celui qui consiste à colliger les accidents causés par une opération dont l'efficacité, la simplicité et la bénignité sont unanimement proclamées. On a toujours l'air de jeter le discrédit sur une intervention chirurgicale, quand on énumère les dangers qu'elle fait courir.

Raffray, dans une thèse récente, signalait un cas de mort à la suite d'une perforation utérine. Il ajoutait : « Nul doute que les faits de ce genre soient plus fréquents qu'on ne le pense ; mais, comme on le comprend, les auteurs n'ont nulle envie de se faire connaître. » Cependant n'est-il pas nécessaire de publier les accidents qui surviennent au cours ou à la suite d'une opération, si bénigne soit-elle ? On pourra éviter qu'un confrère malheureux subisse le sort d'un médecin de Berlin, qui, au dire de Titeca, fut condamné pour avoir perforé l'utérus, au cours d'un curage.

Le curage de l'utérus a surmonté victorieusement les obstacles qu'il a rencontrés sur son chemin, et, à cette heure, les attaques qu'il pourrait subir de quelque adversaire rétrograde ne risqueraient guère de lui faire perdre la place qu'il a conquise au premier rang des opérations gynécologiques.

Le curage, jadis si décrié, est regardé comme une opéra-

tion de petite chirurgie. De timides praticiens n'ont pas hésité à recourir à l'instrument de Récamier. Il est bien certain que la vulgarisation du curage de la matrice a été un bienfait pour un grand nombre de malades. Il faut se féliciter de ce résultat.

Mais, le gorgeret-curette (1), comme l'écrivait Récamier en 1850, est-il un instrument absolument inoffensif ?

Dans un travail paru en 1890, je citais la phrase suivante du Pr Cornil : « La curette ne peut pénétrer dans le tissu musculaire lui-même que si ce dernier est ramolli par l'inflammation, ce qui est chose très rare », et je concluais : « Le curage dirigé contre l'endométrite ne peut donner lieu à une perforation que par une faute grossière de la technique opératoire... On se sera rendu coupable d'une grosse maladresse que quelques circonstances spéciales pourront seules excuser. »

Il est bon de dire que je parlais du curage en dehors de la puerpéralité.

Je n'ai eu à déplorer aucun décès. Sauf dans un cas que j'ai publié, et qui est au moins sujet à discussion, je n'ai même jamais assisté à l'éclosion de phénomènes graves imputables à l'abrasion de la muqueuse utérine (2). Je n'ai jamais perforé l'utérus, et cependant je me suis parfois servi d'un dilatateur d'une extrême puissance ; j'ai pratiqué le curage avec des instruments tranchants, avec des curettes étroites. J'ai enlevé les fongosités au voisinage de l'ostium uterinum.

(1) Depuis quelques années, plusieurs auteurs ont trouvé bon de s'attribuer la paternité du curage dans le traitement des affections puerpérales. Voici ce qu'écrivait Récamier en 1850 (*Union médicale*, 1850, p. 265) : « Je conclus que le gorgeret-curette est nécessaire dans la trousse d'un accoucheur et d'une sage-femme, et je pense que cet instrument, parfaitement inoffensif, peut faire éviter beaucoup d'accidents à la suite des couches et fausses couches. » Récamier le prouve.

(2) Dans un autre cas, j'ai vu survenir une aggravation dans les symptômes généraux, en même temps que les tumeurs péri-utérines augmentaient de volume. Pyosalpinx. Évacuation par l'utérus. Guérison.

Mais l'expérience des autres me met dans l'obligation de venir à résipiscence.

Ce travail ne sera pas sans utilité s'il modifie l'opinion de quelques opérateurs inexpérimentés ou trop confiants dans la bénignité absolue du curage.

J'examinerai les précautions qu'il faut prendre pour se mettre à l'abri de la perforation et des accidents consécutifs. Il sera bon de poser les indications opératoires qui peuvent surgir à l'improviste quand on se trouve en présence d'une perforation utérine.

I. — On a causé involontairement des avortements par l'introduction intempestive d'une curette dans l'utérus gravide. Parfois même la grossesse était assez avancée et j'ai ouï dire certaine histoire qui a trop le parfum méridional pour qu'on puisse la narrer. Dans tous les cas, M. Crocq affirme que, plusieurs fois, des opérateurs en pratiquant l'abrasion de la matrice « en ont ramené un fœtus ».

II. — Les fautes contre l'antisepsie ont donné naissance à des phénomènes graves et ont même causé la mort, comme dans l'observation de Duchamp (1). Des revers semblables sont absolument exceptionnels depuis que les procédés antiseptiques sont devenus plus usuels.

III. — Le curage a déjà amené la rupture d'une collection purulente située autour de la matrice. On avait diagnostiqué une salpingite catarrhale et, en réalité, on se trouvait en face d'un pyosalpinx qui s'est déchiré pendant l'opération, comme dans le cas publié par Rochet. La mort n'a pas tardé à survenir (2). Raffrey a publié un cas où le curage semble avoir

---

(1) Répertoire des *Nouvelles Archives d'obst. et de gyn.*, 1887, p. 98.

(2) J'ai publié un fait de curage qui a eu une terminaison funeste. Les accidents n'ont débuté que cinq jours après l'abrasion de la muqueuse utérine, qui avait été précédée d'une période de dilatation utérine. Il existait des lésions annexielles suppurées. Faut-il incriminer le curage de l'utérus? J'ai dit que je ne le croyais pas et j'ai donné ailleurs les raisons qui militaient en faveur de mon opinion. Post hoc, non propter hoc.

Demarquay raconte l'histoire d'une dame qui réclamait l'emploi de la

donné naissance à des accidents péritonéaux qui ont été la cause de la mort de la malade. On trouva du pus dans les annexes.

Quand on porte le diagnostic de rupture d'une collection purulente, le mieux est de pratiquer au plus tôt l'hystérectomie vaginale ou la laparotomie, suivant le cas.

IV. — M. Polaillon a parlé des atrésies utérines après le curage. Je n'ai pas connaissance des observations de M. Polaillon. Fritsch a publié un exemple d'atrésie. Ce sont des cas rarissimes.

V. — Perforation. — L'accident le plus fréquent, au cours du curage, est la perforation utérine.

a) Déjà Richard, un partisan de l'opération de Récamier, rapporte en 1854 le fait d'une perforation utérine avec une curette introduite facilement et avec grande douceur. Le chirurgien qui avait produit cette solution de continuité avait été plusieurs fois témoin du même accident.

Richet affirme, à la suite de recherches cadavériques, la facilité avec laquelle le muscle utérin se laisse traverser par l'hystéromètre, dans un assez grand nombre de cas.

Demarquay et Saint-Vel, qui pratiquaient volontiers l'abrasion de la muqueuse utérine, déclarent que la perforation peut parfois se produire, si prévenu que soit le chirurgien à l'égard de cet accident, si douce que soit son intervention.

Les expériences faites par Dupuy lui ont montré que l'hystéromètre peut perforer l'utérus alors même qu'on introduit cet instrument avec les plus grands ménagements.

Liebmann arrive aux mêmes conclusions.

b) L'innocuité de la perforation avec la curette a été reconnue par Richard et par Nélaton ; néanmoins ces deux

---

curette. Nélaton, après avoir constaté des lésions du côté des annexes, crut prudent de s'abstenir. La malade succomba peu de jours après à des accidents de péritonite. Si Nélaton avait curé la matrice de sa malade, on n'aurait pas manqué d'incriminer l'opération.

chirurgiens faisaient quelques réserves sur la bénignité de cet accident.

Dupuy, dans son travail, avait relevé dans la science 17 cas de perforation avec la sonde, et Liebmann, 30 cas du même genre, et ces auteurs avaient constaté la bénignité de cet accident. Mais en était-il toujours ainsi ?

Rabl-Ruckhard et Lehmus publièrent plusieurs exemples de perforation utérine avec la sonde. Les suites avaient été simples. Quatre malades avaient même supporté plusieurs fois l'introduction d'un hystéromètre dans le péritoine, à travers la paroi utérine, et n'avaient eu aucune réaction.

Hœning, au dire de Dupuy, aurait perforé systématiquement l'utérus d'une malade, trois fois de suite, sans autre but qu'une inexplicable curiosité.

Un gynécologiste de Vienne (1) avait, dit M. Crocq, la coutume de prouver qu'on pouvait impunément faire passer un instrument de l'intérieur de la matrice dans la cavité abdominale.

Au Congrès de Gratz, en 1878, on insista sur l'innocuité des fistules métro-péritonéales d'origine opératoire. Le cas assez récent de Dubar vient à l'appui de cette opinion.

Des observations assez nombreuses démontrèrent que la perforation utérine, consécutive à l'emploi de la curette, guérissait souvent avec une extrême facilité. Il suffit de citer les faits de Boursier, de Jacobs, d'Auvard, de Haynes, de Casaert, de Martin, etc. Raffay (thèse 1895) rapporte 3 cas qui se terminèrent favorablement. Mais, chez une autre malade, la perforation amena la mort.

Sur 100 abrasions de l'utérus, Récamier n'avait eu, au dire de Nélaton, qu'un décès. Nélaton, qui avait fait l'autopsie de la malade, faisait remarquer qu'il existait, dans ce cas, une collection purulente enkystée de la trompe.

Lannelongue (de Bordeaux) a perdu une malade, à la suite d'une perforation, et je suis tenté de croire que, dans ce cas,

---

(1) *Bull. de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1892, p. 76.

comme dans celui rapporté par Nélaton, il y avait du pus autour de l'utérus, quand la perforation s'est produite.

Cependant, la solution de continuité causée par la curette, même quand il y a du pus dans le petit bassin, n'occasionne pas toujours la mort. Tuttle rapporte une observation intéressante. Après un avortement provoqué de quatre mois, un curage fait avec précaution amena la perforation de l'utérus et l'issue d'une certaine quantité de pus par l'orifice externe du col. L'abcès était-il situé dans la trompe et l'instrument avait-t-il pénétré dans la cavité tubaire ? La collection était-elle en dehors des annexes ? Ce qu'il y a de certain c'est que l'accident survenu au cours de l'opération n'eut aucune suite fâcheuse. La malade se rétablit parfaitement.

Tuttle rapporte un exemple de perforation utérine après l'accouchement. La cavité pelvienne était pleine de pus et il y avait un pyosalpinx. La laparotomie fut faite immédiatement après l'accident. Edebolhs cite un fait analogue.

VI. — Causes. — Différentes conditions modifient singulièrement la paroi utérine et prédisposent à la perforation.

La grossesse ramollit l'utérus, surtout au voisinage de l'insertion placentaire (Lefour). On admet généralement, comme l'écrit Alberti, que dans la grossesse normale le segment inférieur est mou et aminci. Olshausen professe qu'il faut se méfier surtout de l'utérus après les avortements qui ont lieu dans la seconde moitié de la grossesse. Les auteurs sont généralement d'accord avec Alberti pour déclarer que la perforation est plus à craindre après l'accouchement à terme qu'après l'avortement. Chas. Warrington Earle, loin d'admettre avec Récamier la bénignité du curage après l'accouchement, déclare formellement que cette opération pratiquée à la suite d'une délivrance à terme, entraîne des dangers plus grands que ceux qui sont inhérents à une laparotomie non compliquée. Byron Robinson affirme, de son côté, que le curage après l'accouchement n'est pas aussi bénin qu'on veut bien le dire. On a noté que la perforation s'était

produite plusieurs fois à la suite d'une fausse couche de trois mois (cas de Fleichmann, cas d'Ortmann) et même à la suite d'un avortement de quelques jours (Alberti).

Quoi qu'il en soit, l'atrophie utérine de la puerpéralité, l'exagération de l'involution puerpérale donnent naissance à une dégénérescence du muscle et à une flaccidité dans la musculature utérine qui prédisposent à la perforation.

La rétro-déviation puerpérale met l'utérus dans des conditions qui favorisent la perforation de sa paroi.

Les affections puerpérales exagèrent la faiblesse de la paroi utérine. Scanzoni avait déjà montré la diminution de l'épaisseur de la matrice, dans ces cas, et la dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire. Les travaux de Riess sur l'atrophie de l'utérus post-puerpérale ont prouvé que la paroi utérine était d'une minceur extrême et combien les lésions étaient graves. Riess a trouvé que la muqueuse était détruite tantôt partiellement, tantôt en totalité. L'atrophie de la musculature était si prononcée dans un cas, que la paroi n'était plus représentée que par des thromboses et des vaisseaux ectasiés. On devine aisément combien il est aisé à une curette de traverser dans ces conditions une paroi qui n'existe pour ainsi dire pas. Plusieurs fois on a noté que la perforation s'était produite après l'accouchement alors qu'il existait du pus autour de la matrice. Quoi qu'il en soit, l'involution imparfaite de l'utérus s'accompagne parfois d'une friabilité et d'une minceur spéciales de l'utérus.

Il faut signaler, d'après Lefour, parmi les causes prédisposantes, l'hydropisie des villosités choriales.

La perforation se produit en dehors de la puerpéralité, comme il a été dit plus haut. Ces faits sont exceptionnels. Winter a produit la perforation d'un utérus atteint de fibromyôme.

Cet accident se montre ordinairement chez des femmes qui ont eu déjà plusieurs enfants, chez celles surtout qui ont présenté des phénomènes septiques du côté du bassin après leurs couches ou leurs fausses couches. La tubercu-

lose, les affections cardiaques? (1), toutes les causes capables d'altérer la fibre musculaire de l'utérus (Lannelongue), ont été incriminées.

Les flexions ou les versions accompagnées surtout d'adhérences qui immobilisent la matrice dans une situation vicieuse mettent cet organe déjà ramolli par une des causes déjà énumérées dans des conditions qui rendent possible la perforation.

Le professeur Olshausen disait dernièrement qu'il était parfois impossible de se mettre à l'abri d'un accident de ce genre. Ozenne, qui a enlevé un utérus non puerpéral, a montré que l'opinion du gynécologiste berlinois était justifiée. Le tissu utérin était, dans un point, d'une minceur extrême et, comme Ozenne le disait, la curette aurait traversé presque fatalement la paroi.

Dans trois cas au moins on a invoqué l'existence préalable d'une fistule métro-péritonéale pour expliquer la pénétration de la curette dans la cavité abdominale. Le cas rapporté par Jacobs est loin d'être probant. Ce gynécologiste admet une fistule préexistante parce que son instrument a pénétré dans la cavité péritonéale sans rencontrer de résistance. La perforation se produit parfois dans ces conditions. On peut faire la même objection à Dubar qui invoque aussi la même pathogénie. Le cas de M. Segond rapporté par Baudron semble plus démonstratif, quoiqu'il manque un peu de précision.

Il est dit néanmoins que la perforation existait avant le curage et qu'elle avait été causée par un traitement électrolytique appliqué par un médecin à l'utérus de cette malade. Le plus souvent on invoque à tort l'existence d'une fistule métro-péritonéale. C'est l'opérateur qui a produit la perforation sans s'en apercevoir. Cependant il n'en est pas toujours ainsi.

Enfin après l'ablation d'un polype par arrachement, Zinke

(1) Il faut mettre de côté le cancer.

sentit avec surprise sa curette s'enfoncer profondément dans la cavité abdominale. Il vérifia le pédicule du polype et put constater que la cavité utérine avait été ouverte par sa manœuvre préalable. Il existait sur la base du pédicule une petite couche de séreuse péritonéale.

VII. — Siège de la perforation. — La solution de continuité de l'utérus se rencontre sur des points variés. S'agit-il d'une rétro-déviation, surtout avec fixation de l'utérus, la perforation se fait au niveau de l'angle de flexion. Tel est, par exemple, le cas rapporté par Lannelongue.

Dubar déclare que la curette avait pénétré sur la partie la plus élevée de la face antérieure.

Ordinairement, la perforation se produit au niveau d'un des angles de l'utérus. C'est en ce point que la paroi a la moindre épaisseur, c'est autour deso rifices tubaires, comme l'écrit Lefour, que les lésions inflammatoires sont souvent plus prononcées.

VIII. — Faute de l'opérateur. — Il est incontestable que la perforation a été produite, dans certains cas, par l'inexpérience, l'inattention, la maladresse et même la brutalité de l'opérateur. L'aveu du chirurgien a été recueilli dans quelques circonstances. M. Cassaet citait l'exemple d'un gynécologiste qui enfonça sa curette si profondément que l'instrument ne put être ressaisi qu'avec de longues pinces. L'opérateur ne semble pas avoir agi avec toute la prudence désirable.

IX. — Dilatateur. — Howard Kelly s'étonnait en 1891 que l'on n'eût pas encore signalé beaucoup de cas de perforations utérines avec les dilatateurs métalliques. A son avis, ces instruments sont souvent la cause des solutions de continuité de l'utérus. M. Auvard émettait, il y a peu de temps, la même opinion. Le dilatateur serait la cause la plus fréquente de la perforation. Ce n'est pas la curette qui lèse l'utérus, au dire de M. Auvard, c'est le dilatateur dont on fait usage.

Peut-être M. Auvard a-t-il eu tort de généraliser un fait

réel. Je crois, d'après mes recherches, que l'instrument perforateur par excellence, dans le curage utérin, c'est la curette elle-même.

Auvard, Kelly, Haynes ont eu raison de mettre en relief les dangers qui sont dus aux dilatateurs utérins. Les exemples qu'ils ont publiés sont démonstratifs.

Kelly s'était servi d'un dilatateur pointu à courbe très marquée. Haynes avoue qu'il avait employé un instrument défectueux et peut-être avec trop peu de mesure. Auvard dénonce le dilatateur de Sims à trois branches comme un instrument dangereux. Je suis de cet avis. Il suffit d'examiner ce dilatateur pour en deviner les inconvénients.

Il existe aussi un dilatateur de Schultze à deux branches divergentes dans le sens antéro-postérieur et qui doit perforer l'utérus avec facilité.

Les bougies de Hegar peuvent causer le même accident. Metzler en a fourni un exemple.

Enfin la dilatation lente avec les laminaires ramollit le tissu utérin. Lefour pense qu'il faut prendre ce fait en considération quand on pratique le curage de la matrice.

X. — Dans un certain nombre de cas, l'opérateur est averti qu'il a créé une fausse route. La curette s'enfonce tout à coup à une profondeur inusitée. Il est parfois facile de constater que l'instrument a manifestement traversé l'utérus. Par le palper abdominal on peut sentir l'extrémité supérieure de l'instrument qui est libre dans la cavité abdominale.

Le diagnostic de la perforation doit être fait avec précaution.

La curette, a-t-on, dit peut s'enfoncer subitement dans l'utérus à une assez grande distance, sans qu'il y ait perforation. On a invoqué une sorte de paralysie subite de l'utérus, de distension excessive de la matrice sous l'influence du curage. Cette explication se trouve dans la thèse de Boureau. Elle est admise par M. Lefour et par d'autres gynécologistes.

Il suffit d'introduire doucement l'hystéromètre jusqu'à ce qu'il prenne le contact de la paroi utérine et de chercher la

longueur de la cavité en deux ou trois points différents. Il sera aisé de reconnaître que l'utérus est régulièrement dilaté et non perforé. Enfin on peut réveiller la contractilité musculaire de l'utérus ; sous l'influence de quelques pressions sur le globe utérin, la matrice reprend les dimensions qu'elle avait au début de l'opération.

Une curette peut à la rigueur s'introduire dans une trompe anormalement dilatée et par suite s'enfoncer profondément sans qu'elle ait pénétré dans la cavité abdominale. Cette explication est plausible. Le cas doit être absolument exceptionnel. A plusieurs reprises on a signalé la pénétration d'une sonde utérine dans la trompe, mais une analyse rigoureuse des faits publiés n'a permis de retenir qu'une observation démonstrative. Le cas rapporté par Bischoff est le seul, à ma connaissance, qui soit scientifiquement établi. Quoi qu'il en soit, l'hypothèse de l'introduction d'une curette dans la trompe anormalement dilatée a été faite plusieurs fois. Palmer interprète de cette façon l'évacuation de pus par l'utérus au cours d'un curage dont l'histoire est rapportée par Zinke.

Johnston signale une cause d'erreur. Sa curette ayant pénétré subitement à une assez grande profondeur, il crut avoir perforé l'utérus. Il n'en était rien. La corne gauche de l'utérus était plus développée que la droite et l'instrument devait naturellement s'enfoncer davantage du côté gauche de l'utérus.

Dans d'autres cas qui semblent être les plus fréquents, la perforation se produit sans que le chirurgien s'en soit douté.

Lannelongue ramène avec sa curette des débris graisseux. Quelquefois on voit apparaître à travers les lèvres du col soit de l'épiploon (cas de Gusserow, de Hoffmann, de Haynes), soit une anse d'intestin (Dudley, Coe).

L'épiploon semble s'être insinué spontanément, après la production de la solution de continuité. L'intestin, au contraire, a été le plus souvent saisi avec la pince à extraction dont se servent les gynécologistes allemands.

Alberti et Veit ont dû intervenir quand l'intestin était dans le vagin. Martin raconte l'histoire d'un praticien qui, après avoir perforé la matrice, tira à travers la plaie utérine une anse intestinale qui n'avait pas moins de 75 centim. Ce brave médecin croyait être en présence d'un cordon. Quand Martin arriva au secours de la malheureuse femme, l'intestin pendait entre les jambes de la malade.

L'intestin contenu dans la cavité utérine peut être lésé par les instruments.

La perforation est quelquefois méconnue jusqu'au moment où l'on fait un grand lavage intra-utérin avec une solution antiseptique. Le liquide ne sort du col qu'en petite quantité. On acquiert la preuve que l'injection tombe dans la cavité péritonéale (cas de Lannelongue, Segond, etc.).

On comprend que l'injection puisse passer de l'utérus dans le péritoine en pénétrant dans une trompe anormalement dilatée. Mais je crois qu'il faut véhémentement soupçonner une perforation insidieuse quand le liquide injecté dans l'utérus ne revient pas en totalité.

Le lavage intra-utérin fait après l'abrasion de la muqueuse est donc susceptible d'engendrer des accidents graves et même mortels (intoxication par le sublimé, cas de Lannelongue, de Haynes).

L'injection de certaines substances, comme le perchlorure de fer, a causé la mort plusieurs fois. Des gynécologistes distingués pensent que le perchlorure de fer pénètre parfois dans la voie sanguine et peut produire des embolies rapidement mortelles.

En somme, le liquide peut tomber dans le péritoine à travers une plaie utérine ou en suivant la voie tubaire. Le fait est incontestable.

Dans quelques cas la substance médicamenteuse s'introduit dans les sinus largement ouverts.

Enfin on trouvera dans la thèse de Bonvalot (Paris, 1892) des cas de mort subite que l'on ne peut expliquer que par un phénomène d'inhibition. Tels sont les faits de Bruntzel, de

Rogers, de Tarnier. Cette explication semble être adoptée par M. Brouardel.

XI. — La symptomatologie est fort variable.

La perforation ne se manifeste parfois par aucun signe. Il n'y a pas d'hémorrhagie. La solution de continuité produite à la faveur de l'antisepsie ne donne lieu à aucune réaction. La guérison survient sans incident.

Dans certains cas, on constate quelques frissons, une légère élévation thermique, quelques douleurs abdominales. Tous les phénomènes se calment.

Il n'en est pas toujours ainsi. On voit parfois apparaître de la douleur dans le bas-ventre, de la fièvre et une exagération considérable dans le nombre des pulsations. On assiste à une péritonite qui guérit dans un certain nombre de circonstances, mais qui peut avoir une issue fatale (1).

L'épiploon fait-il simplement hernie dans la cavité utérine, les phénomènes immédiats sont ordinairement nuls.

S'il s'agit d'une anse d'intestin qui passe à travers la solution de continuité les symptômes peuvent être peu marqués, surtout quand la plaie utérine est large. Mais si l'intestin a été tiraillé avec violence et surtout s'il est lésé, des phénomènes de collapsus ne tardent pas à apparaître et la mort peut survenir rapidement comme dans le cas de Martin.

Il est bien entendu que les symptômes de l'obstruction intestinale se manifesteraient si on ne se hâtait pas de réduire l'anse intestinale herniée dans la cavité utérine.

L'injection d'un liquide antiseptique dans la cavité abdominale donne naissance à des phénomènes toxiques variables ou à des symptômes qui peuvent être mis sur le compte de l'irritation péritonéale (douleurs, frissons, fièvre, lipothymie, syncope, etc.). Comme le liquide peut entraîner des débris septiques contenus dans l'utérus, on conçoit aisément la pos-

(1) Dans deux cas au moins la perforation a donné naissance à une pelvi-péritonite mortelle, alors qu'il existait déjà du pus dans les annexes.

sibilité d'une péritonite grave. Dans certains cas, il semble exister deux ordres de phénomènes : des symptômes dus à l'intoxication mercurielle, des signes de péritonite septique.

XII. — Traitement. — Avant d'étudier le traitement de la perforation, il est nécessaire de dire quelques mots sur les précautions qui permettent d'éviter cet accident.

Que l'on soit en présence d'un utérus puerpéral ou non, il faut que la cavité de la matrice soit suffisamment dilatée pour que l'opérateur puisse introduire avec facilité la curette et exécuter les manœuvres nécessaires.

Dans l'endométrite qui nécessite le curage, on dilatera l'utérus avec une laminaire placée douze ou vingt-quatre heures avant l'opération. Si la dilatation n'est pas suffisante ou si l'on n'a pas eu le loisir de mettre au préalable une laminaire dans la cavité utérine, on fera la dilatation avec des instruments métalliques. J'avoue que, malgré le plaidoyer en faveur de la dilatation avec les bougies de Hégar, je préfère ouvrir l'utérus avec des dilatateurs à deux branches pourvu que celles-ci soient bien parallèles et non pas divergentes. La dilatation devra être faite lentement à l'aide d'une vis, et non pas brutalement avec la main qui agit sans mesure.

On raclera avec douceur, en ayant soin de prendre d'abord le contact du fond de l'utérus et en enlevant la muqueuse de haut en bas. On redoublera de précaution dans le cas de rétention placentaire à la suite d'un accouchement ou après un avortement survenu dans les trois derniers mois. Dans ces cas puerpéraux, on se servira d'énormes curettes non tranchantes.

Dans les utérus non puerpéraux, il y a moins de danger. On ne curera les angles de l'utérus avec l'étroite curette destinée à cet usage, qu'en ayant toujours présente à l'esprit la possibilité d'une perforation. On grattera soigneusement les angles tubaires, mais avec une certaine délicatesse de touche. En Allemagne, Olshausen et Landau déclarent que la curette de Roux est dangereuse.

Certains gynécologistes ont fait construire des curettes

qui sont perforées à leur centre et qui permettent au même instrument d'enlever la muqueuse utérine ou les débris placentaires et d'irriguer en même temps la cavité utérine.

M. Lannelongue (de Bordeaux) pense que ces curettes irrigatrices sont plutôt dangereuses, en ce sens qu'elles peuvent lancer dans la cavité péritonéale, en cas de perforation, du liquide antiseptique et des débris septiques. M. Lefour, au contraire, est partisan de ce mode d'irrigation continue intra-utérine pour les raisons suivantes :

Le liquide entraîne progressivement tous les éléments septiques détachés par la curette. Si une perforation se produit, on a plus de chances d'être dans un milieu aseptique que dans un utérus encombré de débris infectieux détachés de la surface interne de la matrice.

Tout compte fait, je crois que l'opinion défendue par M. Lannelongue est plus logique. On ne peut pas avoir la prétention de tuer instantanément des germes à l'aide de l'irrigation continue intra-utérine. De plus, avec une curette on peut désencombrer progressivement la cavité utérine. Dans ces conditions, on ne voit que des inconvénients à l'irrigation à l'aide de la curette.

Je ne suis pas partisan d'une injection de perchlorure de fer, après l'abrasion de la muqueuse. Je ne comprends pas bien la nécessité de cette cautérisation. La curette arrête l'hémorrhagie et il n'est pas nécessaire d'employer le perchlorure qui a produit des accidents foudroyants. Du reste, l'injection de perchlorure ou de teinture d'iode faite avec la seringue de Braun n'atteint pas le but que l'on se propose. Le liquide modificateur n'arrose pas toute la surface utérine comme on a pu le constater à l'autopsie. L'écouvillonnage ou le badigeonnage avec de l'ouate placée à l'extrémité d'un hystéromètre me semble préférable et moins dangereux.

Quand on pense aux accidents causés par l'irrigation intra-utérine, on est invité à une grande prudence malgré l'innocuité si fréquente de cette intervention.

L'irrigation devra être faite à faible pression. On aura soin

d'avoir un instrument qui ne permette pas à la totalité du jet de tomber sur le fond de l'utérus. Est-il nécessaire de répéter que le retour du liquide hors de la matrice doit être assuré par une large dilatation utérine ?

Enfin, je crois qu'il est préférable de ne pas se servir d'injection au sublimé.

S'il est démontré qu'une perforation peut se faire sans que l'opérateur en soit averti, on risque d'irriguer la cavité péritonéale avec une solution de bichlorure de mercure.

Je crois qu'il est préférable de faire une injection aseptique, avec de l'eau bouillie salée, stérilisée par exemple. M. Lefour avait déjà émis un avis semblable.

On fera ensuite l'antisepsie de la cavité utérine avec des gazes imprégnées de substances microbicides.

Quand on constate que le dilatateur ou la curette a produit une perforation utérine, que faut-il faire ?

Dans la grande majorité des cas, il suffira de tamponner la cavité utérine avec des gazes antiseptiques et d'attendre les événements.

Cette conduite a été maintes fois couronnée d'un plein succès. L'épiploon vient-il à apparaître dans l'utérus, il faudra suivre une conduite variable suivant les circonstances.

S'il s'agit d'une métrite banale, si surtout la cavité utérine a été déjà nettoyée, il faudra tenter directement la réduction de l'épiploon à travers la solution de continuité. Au besoin on en réséquera un morceau et, avec le doigt introduit dans l'utérus, on refoulera le moignon épiploïque dans la cavité abdominale.

On agira autrement si l'utérus contient des débris placentaires manifestement septiques. Le mieux sera de pratiquer la laparotomie, de réséquer l'épiploon au-dessus de l'utérus et de fermer la plaie utérine.

Quelle conduite doit-on tenir quand l'intestin apparait dans la cavité utérine ou dans le vagin.

Les mêmes considérations doivent guider le chirurgien.

Si on a des raisons de croire à la propreté de l'utérus, quand l'accident s'est produit, on pourra tenter la réduction de l'intestin, pourvu que celui-ci n'ait pas été lésé. Cette manœuvre a déjà été employée avec succès.

Si la cavité utérine est septique ou si la réduction de l'intestin ne se fait pas aisément, il y a lieu de pratiquer l'incision abdominale. En cas de doute, il faut faire la laparotomie.

Alberti a fait la cœliotomie, et pour arriver à attirer l'anse intestinale à travers la plaie utérine il dut débrider l'orifice interne de l'utérus qui s'opposait à la réduction. La guérison fut obtenue.

Orthmann rapporte un cas à peu près analogue. Il réduisit d'abord l'intestin, pratiqua la laparotomie et sutura l'utérus. Coe suivit la même ligne de conduite en semblable occurrence.

L'intestin est-il blessé, la laparotomie s'impose. Dans un cas de ce genre, Billroth dut réséquer 24 centim. d'intestin. La malade guérit. Par la suite, cette femme devint enceinte trois fois et trois fois on la fit avorter, de crainte de voir se produire la rupture de sa cicatrice utérine.

Olshausen réséqua aussi une anse d'intestin blessée par la curette. Il ne fut pas aussi heureux que Billroth. Sa malade succomba.

Je crois que la laparotomie doit être préférée à l'hystérectomie dans des cas semblables.

L'ablation de l'utérus a des inconvénients et des dangers dans la puerpéralité. En outre, s'il faut pratiquer une opération sur l'intestin, ne vaut-il pas mieux agir par la voie sus-pubienne?

Dans un cas de hernie intestinale à travers une solution de continuité de la paroi utérine, Veit fit le toucher rectal, sentit le point où la perforation s'était produite et pratiqua l'élytrotomie postérieure. Il réduisit l'anse herniée. Malheureusement, la section vaginale saigna en si grande abondance que Veit dut se résoudre à enlever l'utérus par le vagin. La malade mourut d'accidents septiques.

Que faut-il faire quand on constate que le liquide de l'injection est tombé dans la cavité péritonéale?

L'incision du cul-de-sac postérieur suivie d'un large drainage me semble bien indiquée. Je ne vois pas la nécessité d'enlever l'utérus, sauf dans un cas spécial comme celui rapporté par Winter. Ce gynécologiste abrasait la muqueuse d'un utérus atteint de fibro-myôme. Il constata l'existence d'une perforation et fit immédiatement l'hystérectomie abdominale.

Mais s'il s'agit d'une solution de continuité du tissu utérin produite au cours d'un curage pour endométrite et de pénétration de liquide antiseptique dans la cavité péritonéale, je crois qu'on fera bien de se borner à ouvrir le cul-de-sac de Douglas. Je n'ignore pas qu'on a fait l'hytérectomie vaginale pour remédier à cet accident. Mais l'élytrotomie postérieure me semble être l'opération de choix, parce qu'elle répond à l'indication principale (1).

(1) La discussion sur le traitement de l'endométrite est ouverte à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. Je n'ai pas caché que j'étais l'adversaire résolu de la cautérisation suivant la méthode de M. Dumontpallier et le partisan convaincu du curage utérin. N'est-ce pas, du reste, l'opinion quasi-unanime des chirurgiens et des gynécologistes? Les rares protagonistes de la cautérisation chercheront des arguments contre le curage dans ce travail que je publie à dessein. Une remarque est cependant nécessaire. Les accidents causés par la curette sont en somme absolument exceptionnels, si surtout on les envisage en dehors de la puerpéralité. Il m'a fallu fouiller avec patience dans les recueils, et journaux français et étrangers pour réunir les cas malheureux que j'ai rapportés. Que l'on compare le nombre restreint de ces cas avec la quantité extraordinaire de curages pratiqués en Europe et en Amérique depuis dix ans environ! Le champ est ouvert aux controverses. De la discussion jaillit quelquefois la lumière et n'est-ce pas la vérité que nous cherchons tous dans l'intérêt des malades et de la science?

REVUE GÉNÉRALE

DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT DE L'OSTÉOMALACIE

(NOTE COMPLÉMENTAIRE)

Par le Dr R. Labusquière.

Au sujet d'une revue sur l'ostéomalacie (1), un de nos anciens camarades d'étude à la Clinique d'accouchements dirigée à cette époque par le professeur Pajot, le Dr La Torre (2), a relevé l'omission que nous commîmes alors d'un travail d'un de ses compatriotes, le Dr Petrone, travail qui, en effet, méritait d'être non seulement signalé, mais analysé. Petrone, dans ce travail alors relativement récent (3), avait émis sur le processus ostéomalacique, une théorie pathogénique nouvelle, à laquelle il donnait une sanction à la fois clinique et expérimentale. Nous ne savons pas exactement par quelle association d'idées le chercheur italien a été conduit à cette nouvelle conception de la maladie. Connaissant d'une part les propriétés du ferment nitrique (4) et, d'autre part, l'action puissamment microbicide du chloroforme sur le *micrococcus nitrificans*, n'a-t-il pas été par ces connaissances mêmes conduit à soupçonner le rôle pathogénique de ce micrococcus et à chercher la clef des guérisons, tout au moins des améliorations si extraordinairement rapides à la suite surtout de la castration bilatérale, de l'amputation utéro-ovarique, etc.,

(1) *Annal. de gynéc. et d'obst.*, janvier 1893, p. 42.

(2) *Annal. di Ost. e Gynec.*, n° 6, 1893.

(3) *Riform. med.*, avril-juillet 1892.

(4) On sait que la propriété principale de ce ferment, qui joue un rôle très important dans la nutrition de certaines plantes, consiste à transformer l'ammoniaque en acide nitrique, d'où l'origine, dans des terres renfermant certaines substances nécessaires, de nitrites et de nitrates, indispensables à cette nutrition.

dans cette action microbicide sur le ferment nitrique? L'hypothèse pathogénique était au moins permise et conduisait à rechercher dans les humeurs des malades les preuves de la présence ou de l'action du ferment, à tenter, par l'inoculation de cultures de ce ferment, la reproduction de la maladie sur des animaux, à rechercher également dans les humeurs de ces animaux les phénomènes particuliers, associés à l'existence du ferment, enfin, à juger, le cas échéant, de la valeur réelle de la théorie par le contrôle thérapeutique.

Au résumé, pour Petrone, le *vrai facteur pathogénique, dans l'ostéomalacie, c'est le ferment nitrique ; ce qui guérit les femmes opérées, ce n'est pas l'acte opératoire quel qu'il soit (castration bilatérale, amputation utéro-ovarique ou césarienne simple), mais bien l'action puissamment microbicide du chloroforme vis-à-vis du micrococcus nitrificans.*

ARGUMENTS RÉUNIS PAR PETRONE EN FAVEUR DE SA THÉORIE PATHOGÉNIQUE

1° Dans les urines des ostéomalaciques, et exclusivement dans celles-là, on trouve une variété d'albumine, la propeptone (propepton). Or, on pourrait la faire apparaître aussi bien dans l'organisme qu'à l'extérieur de l'organisme, en faisant agir l'acide nitro-nitrique sur l'albumine.

2° Pétrone a inoculé à des chiens, par voie intra-veineuse, des terres nitreuses délayées dans de l'eau distillée et des cultures pures du ferment nitrique. Et il aurait observé, sur un certain nombre des chiens en expérience, des symptômes analogues à ceux que présentent les ostéomalaciques (manifestation de douleur à la plus petite pression, au simple contact sur certaines régions des os, phénomène constatable un mois environ après l'inoculation). Également, l'examen nécropsique du système osseux révéla les altérations propres à l'os ostéomalacique. D'autre part, les urines de deux des chiens en observation présentèrent aussi, mais à une date plus tardive que celle des phénomènes douloureux,

les réactions caractéristiques des nitrates, la proportion des nitrates correspondant toutefois à une faible quantité d'acide nitrique (1). Cette réaction des nitrates, Petrone l'a également constatée chez les quatre malades ostéomalaciques qu'il avait en observation, et, par contre, ne l'a jamais retrouvée dans de nombreuses expériences sur des urines normales ou pathologiques.

3° L'examen du sang, recueilli sur deux ostéomalaciques, aurait donné des résultats positifs. Parmi les globules rouges du sang, on aurait constaté la présence de grosses cellules, arrondies, de préférence associées par deux, *micro-organisme spécifique des nitrates* (Maggi), *ferment nitrique* (Winogradsky) (2).

4° Le chloroforme, le chloral (qui agit par sa décomposition en chloroforme dans l'organisme), possèdent une action bactéricide puissante sur le ferment nitrique, et cette action explique bien mieux les guérisons ou améliorations, si extraordinairement rapides, observées après la castration bilatérale, l'amputation utéro-ovarique, la section césarienne.

5° L'administration du chloral pendant trois semaines, à la dose de 2 grammes par jour, aurait guéri une ostéomalacique. Voici le fait :

Obs. 1. — Femme de la campagne, âgée de 50 ans. Premières règles à 19 ans, depuis menstruation régulière. Mariée à 23 ans, a eu sept grossesses, dont deux (deuxième et septième) interrompues prématurément. Dans les antécédents héréditaires, rien d'important; pas de tuberculose, pas de syphilis. *Habitation basse et humide.* Début de la maladie au cours de la sixième

(1) Dans un de ses articles, Petrone attribue cette faible proportion de l'acide nitrique, son absence même, aux actions réciproques de cet acide nitrique et de l'urée. Plusieurs formules chimiques (Boymond, Wöhler et Liebig, etc.) interprètent un peu diversement cette action dont la conséquence serait la disparition de l'acide nitrique. Mais son existence, antérieure, serait alors témoignée par la diminution constante de l'urée. *Riform. med.*, n° 119, mai 1892.

(2) La Torre. *Loc. cit.*, p. 7.

grossesse. La première manifestation se serait produite à l'occasion d'une chute, dans laquelle la jambe gauche surtout aurait porté. La région contuse serait restée douloureuse, principalement pendant la marche. Après un certain temps, et vers la fin de la gestation, les douleurs s'étendirent aux os du bassin, du thorax, de la colonne vertébrale, au point que bientôt la marche devint impossible sans appui : douleurs spontanées, continues, exaspérées par la pression sur les os. L'accouchement, bien que spontané, fut plus laborieux que les précédents. Depuis, tout le système osseux, sauf la tête, devint douloureux, et, somme toute, plusieurs années durant, la vie de cette femme fut celle d'une infirme. De plus, il survint une toux quinteuse, sèche et un hoquet presque continu. Intelligence conservée ; organes circulatoires et respiratoires en bon état; apyrexie complète.

Examen. — Le tronc présente un ensemble presque informe. Colonne vertébrale déviée, contournée et tellement raccourcie que les coudes sont au niveau des trochanters. De 1 m. 57 la taille est descendue à 1 m. 30. Sternum et insertions costales fortement saillants, thorax aplati sur les côtés, ventre proéminent. *Bassin ostéomalacique type* et au plus haut degré. Le rapprochement des branches pubiennes est tel que l'examen interne reste impossible. Les tubérosités ischiatiques refoulées vers la ligne médiane sont presque en contact, séparées à peine de quelques millimètres par l'épaisseur des parties molles du périnée. Douleurs vives, spontanées et continues, exaspérées par la pression, par le plus léger contact. Station debout impossible ; le moindre mouvement destiné à modifier un peu le décubitus s'accompagnant de douleurs insupportables.

Urines : quantité, couleur normales. Réaction franchement acide. Pas d'albumine, pas de sucre, pas de muco-pus. Traces de propeptone. Présence d'acide nitrique révélée par la méthode de Griess et la méthode indiquée par Petrone (1), en proportion évaluée à un tiers p. 100.

Traitement : Celui qui a été indiqué, c'est-à-dire pendant trois semaines 2 grammes d'hydrate de chloral chaque jour. Déjà, après trois jours, les douleurs étaient diminuées. Plus de propeptone dans l'urine et acide nitrique en quantité minime. Le cin-

(1) Estratto dall' *Riforma med.*, n° 119, mai 1892, p. 4 et seq.

quième jour, les urines étaient normales, et, dès la fin de la première semaine, la femme pouvait, seule, sortir du lit, s'habiller et faire quelques pas sans assistance. Plus de douleurs spontanées sauf au niveau des os iliaques. Toux diminuée, hoquet disparu. Le quinzième jour, l'état était excellent : nutrition générale bien meilleure, moral tout à fait relevé ; disparition non seulement des douleurs spontanées, mais même à la pression, la malade se frappait avec le poing sur les côtes sans provoquer de souffrances (l'inferma si batte col pugno sulle costola senza alcune sofferenza) (1). Ce résultat se serait plutôt affermi. Le 10 juillet, c'est-à-dire deux mois après environ, la femme n'éprouvait plus que la gêne nécessairement liée aux déformations si profondes du squelette.

Il est bien évident que l'observation est fort encourageante et qu'en raison de sa simplicité, de son innocuité, ce traitement méritait d'être tenté, toutes les fois que les circonstances le permettaient, avant de recourir aux traitements chirurgicaux sérieux, graves, et dont tout le monde reconnaît l'*alea*. En tenant compte de l'hypothèse pathogénique admissible de Petrone, de ses recherches intéressantes et curieuses, et surtout de l'observation précédente, nous eussions été amené à modifier légèrement les conclusions formulées dans notre précédent article en ajoutant cette rubrique : « *y compris la méthode de Petrone* », à propos du traitement médical, dont nous disions : « Rappelons qu'il n'est pas douteux que le traitement médical a procuré un certain nombre de guérisons. En conséquence, *toutes les fois qu'il n'y a pas urgence, c'est à lui qu'on devra avoir recours*, etc... De plus, *il ne faut pas oublier que ce traitement médical a réussi même contre des formes avancées de la maladie.* »

*
* *

En réalité, cette observation de Petrone ne resta pas tout à fait isolée. Et dans des conclusions, basées sur douze cas dont onze traités par le phosphore et un par la narcose

---

(1) La Torre. *Loc. cit.*, p. 10.

chloroformique, Latzko (1) se prononçait en faveur du traitement médical, y compris celui de Petrone, contre la castration, qu'il qualifiait de *criminelle!* Ces conclusions thérapeutiques étaient les suivantes : « Chez les femmes non gravides, la castration doit absolument céder la place au traitement par le phosphore ou par le chloroforme ou l'hydrate de chloral ; elle ne doit être conservée que comme suprême ressource pour les femmes en pleine activité génitale chez lesquelles le traitement médical échoue. Chez les femmes enceintes, deux conditions sont à considérer : 1° est-il possible, malgré l'état de gestation, de réprimer le processus ostéomalacique : 2° quel est le degré de sténose pelvienne. Si l'on ne réussit pas à enrayer l'ostéomalacie, l'avortement artificiel avec stérilisation consécutive de la femme autrement que par un acte chirurgical, par exemple par l'emploi des crayons de chlorure de zinc, est justifié. Enfin, dans certains cas, il faudra suivre les indications générales de la thérapeutique des bassins rétrécis.

Si l'hypothèse de Petrone est justifiée, l'efficacité du phosphore serait due à la propriété qu'il possède d'affaiblir dans l'organisme les processus d'oxydation. D'autre part, Latzko préfère à l'administration prolongée du chloral la chloroformisation, poussée jusqu'à anesthésie complète, maintenue pendant environ trois quarts d'heure (2).

Ainsi, Latzko, tout en faisant des réserves sur la nouvelle théorie pathogénique, accueillait favorablement la méthode thérapeutique qui en était découlée. Depuis, il a exprimé à nouveau son opinion sur le même sujet, et, cette fois, après examens répétés des urines de sept ostéomalaciques (3). Or, les résultats de ces analyses l'ont conduit à une appréciation plus sévère de la théorie de Petrone.

---

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 8, p. 188.

(2) *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 8, p. 188.

(3) *Wien. klin. Woch.*, 1894, n°s 28 et 29, et Estrato dall' *Archiv. di Ost. e Gyn.*, 1894, fasc. 9-10, p. 15.

Voici ce qu'il conclut quant à la méthode thérapeutique : 1° la narcose chloroformique, à laquelle furent soumises deux, trois fois, certaines malades, amena, dans la plupart des cas, une amélioration signalée des douleurs ostéomalaciques.

2° Cette amélioration s'accuse toujours avec une extrême rapidité.

3° Dans tous les cas (sauf un, où le résultat se montra durable), après un délai plus ou moins long, les douleurs récidivèrent, et habituellement avec le retour de la menstruation.

Somme toute, Latzko *tient pour injustifiées les affirmations de Petrone.*

On peut encore signaler une remarque assez curieuse que fit Schauta à la Société obstétricale et gynécologique de Vienne, au cours d'une discussion provoquée par une communication de Preindlsberger sur un cas d'ostéomalacie type, avancée, dans laquelle la castration avait donné un résultat excellent, résultat qui se maintenait entièrement sept-huit mois après l'opération. Schauta cita deux faits intéressants, l'un de Späth, qui, pratiquant chez une ostéomalacique l'opération de Porro, dut, pour des raisons particulières, laisser les ovaires *in situ*. Or, malgré la persistance des ovaires, le résultat fut aussi heureux, au point de vue de l'ostéomalacie, qu'après la castration (1). Quant à l'autre, il a été observé à la clinique même de Schauta. Chez une femme atteinte d'une ostéomalacie des plus accusées et aussi de tumeurs des annexes, on fit la castration bilatérale. Malgré la castration, l'ostéomalacie ne fut pas améliorée. Or, *l'anesthésie avait été réalisée non avec le chloroforme,*

---

(1) Ce fait n'est pas isolé et rappelle celui de Guéniot, que nous avons cité dans notre précédent article : guérison, extrêmement rapide, observée à la suite de la césarienne simple, les ovaires ayant été laissés en place à dessein. Guérison qui s'est parfaitement maintenue, ainsi qu'a pu le constater M. Guéniot, de qui nous tenons ces renseignements, et qui a eu l'occasion dix-neuf mois après l'opération césarienne, de pratiquer la symphyséotomie, avec un double succès, sur cette même femme. Or, depuis la césarienne, avant et pendant toute la durée de la nouvelle grossesse, la femme *est restée exempte de toute douleur osseuse ou autre.* (Communication écrite.)

mais avec l'éther. Néanmoins, Chrobak observa, avec assez de raison, que ces deux faits n'avaient qu'une valeur démonstrative fort relative. Pour le premier, ne sait-on pas que, souvent, l'extirpation de l'utérus entraîne l'atrophie des ovaires? Quant au second, rien n'autorise à affirmer que le résultat eût été meilleur avec l'anesthésie par le chloroforme (1).

Entre temps, Tibone relata un succès dû à l'emploi du chloral; Morisani, au contraire, enregistra un échec. Il parut ensuite des documents plus importants parce que les auteurs ne se contentèrent pas d'éprouver les déclarations thérapeutiques de Petrone, mais aussi de contrôler la justesse des résultats annoncés sur les modifications des urines chez les ostéomalaciques. Zuccaro (2), ayant eu sous son observation une ostéomalacique, à un degré très avancé du processus, examina d'abord les urines vingt-quatre heures après leur émission (procédés de Griess et de Petrone) et y constata toujours la présence des nitrites, en proportion variable.

Par contre, il ne les retrouva plus par l'analyse des urines fraîchement émises. Cela lui donna à penser que ces nitrites étaient plutôt les produits d'un commencement de décomposition de l'urine, soupçon qui devint une certitude quand, ayant examiné des urines provenant de sujets sains ou d'autres malades, il se rendit compte que la réaction en question, absente ou très légère immédiatement après l'émission des urines, au contraire s'accusait, devenait plus sensible à mesure que l'analyse s'éloignait du moment de l'émission. D'autre part, *l'anesthésie chloroformique complète maintenue trois quarts d'heure, et l'administration, quinze jours durant, de l'hydrate de chloral restèrent, dans ce cas, aussi inefficaces contre l'ostéomalacie* (3).

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 18, p. 430 et seq.

(2) *Puglia medica*, 1893, n° 2, et Estratto dall' *Arch. di Ost. e Gin.*, 1894 fasc. 9-10, p. 4.

(3) TROTTA. *Estratto dall' archiv. di Ost. e Gin.*, 1894, anno I, fasc. 9-10, p. 4 et seq.

Giuseppe Trotta (1), à l'occasion d'un cas typique d'ostéomalacie observé à l'Institut obstétrico-gynécologique de Morisani (Naples), fit des recherches analogues. Voici très résumée cette observation :

Obs. — X..., 26 ans ; rien d'important dans les antécédents directs ou collatéraux. Réglée à 14 ans, menstruation depuis régulière. Mariée à 19 ans, devient tout de suite enceinte. Grossesse, accouchement, suites de couches, allaitement (vingt mois) normaux. En 1889, deuxième grossesse. Vers la fin du troisième mois, apparition des premières douleurs (articulations coxo-fémorales, des genoux), accouchement spontané, mais, quarante jours durant, séjour forcé au lit par suite de douleurs localisées surtout dans la ceinture pelvienne. Allaite elle-même son enfant, sécrétion lactée abondante. Entre temps, médication antisyphilitique, traitement iodo-ioduré sans résultat, saison thermale qui amena quelque amélioration. Vers la fin de 1891, début d'une troisième grossesse. A cette occasion, exacerbation des douleurs, marche impossible du fait du raccourcissement de la taille par suite de déformation de la colonne vertébrale. Interruption prématurée et spontanée de la grossesse, vers huit mois ; accouchement terminé avec le forceps ; allaitement mixte (insuffisance de la lactation) pendant deux ans environ. En août 1893, début de la quatrième grossesse, durant laquelle la malade ne peut quitter le lit un instant. Étant grosse de sept mois et demi environ, elle entra dans le service du professeur Morisani où, après constatation des altérations osseuses, ostéomalaciques les plus caractérisées, *elle fut soumise, du 17 avril au 17 mai, à un traitement par l'hydrate de chloral, à la dose de deux grammes par jour, traitement qui, sauf un sommeil un peu plus tranquille, n'atténua en rien les douleurs.*

D'autre part, Trotta fit, dans le but de vérifier l'exactitude et la valeur des observations faites par Petrone sur les urines, de très nombreuses analyses (analyses de l'urine récemment émise, analyse à un moment plus ou moins éloigné de l'émission) : urines de la malade ostéomalacique,

(1) *Loc. cit.*

de plusieurs femmes enceintes, de plusieurs femmes atteintes d'affections gynécologiques avant et après l'intervention chirurgicale, enfin de sujets sains, et sa conclusion, d'ailleurs conforme à celle de Zuccaro, est : *la réaction, indiquée par Petrone, ne s'est jamais rencontrée dans l'urine récemment émise ; elle s'y est produite un certain temps après l'émission. Cette réaction, non seulement n'est pas pathognomonique de l'ostéomalacie, mais elle est tout simplement un effet de la fermentation de l'urine.*

*
* *

CONCLUSION. — De tout ce qui précède, il *semble* au moins résulter que si Petrone, aux nombreuses théories pathogéniques existant sur l'ostéomalacie (altérations des humeurs, viciation des mutations organiques, nutrition défectueuse, trophoneurose d'origine ovarique, théorie parasitaire) (Winckel, Kehrer, Bauman, Truzzi, Eichhorst, etc.), en a ajouté une nouvelle originale, curieuse ; cette théorie, à peine née, a déjà vécu. Mais, quel que soit son sort définitif, elle a suggéré une méthode thérapeutique qui, par contre, paraît avoir donné des résultats parfaitement positifs (succès, dans des cas graves, obtenus par Petrone, Latzko, Tibone), et cela sans exposer les malades aux gros risques nécessairement associés à des actes opératoires aussi graves que la castration, l'amputation de Porro. Donc, au point de vue pratique, *la méthode thérapeutique de Petrone est une acquisition non négligeable dont il faut faire autant que possible bénéficier les malades.* Mais insuffisante, inacceptable pour l'ensemble des faits, comme celles de Fehling, comme d'ailleurs toutes celles déjà émises, elle met, ainsi que ses devancières, quelque peu en défaut le vieil adage « *naturam morborum ostendunt curationes* », à moins que l'efficacité, seulement relative de ces méthodes multiples et si différentes, ne témoigne précisément en faveur de la multiplicité, de la diversité des facteurs pathogéniques, conception qui, jusqu'à démonstration contraire,

nous paraît toujours la plus justifiée, ce qui nous faisait écrire « *on est même conduit à penser que l'ostéomalacie comme l'albuminurie, le diabète, l'artériosclérose, n'est pas, dans la plupart des cas, sinon dans tous, une maladie essentielle, primitive, qu'elle est plutôt l'aboutissant, l'expression symptomatique la plus accusée de processus divers.* »

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De la columnisation du vagin (1).

Par P. Noguès.

On désigne sous le nom de columnisation du vagin un tamponnement très serré, destiné à maintenir pendant plusieurs jours une large dilatation. L'idée première de cette thérapeutique revient à Bozemann, mais c'est surtout Taliaferro qui l'a vulgarisée en Amérique où la méthode porte son nom; en France, M. Condamin nous en a donné une bonne description dont nous ne faisons que rappeler ici les points saillants.

La columnisation agit de deux manières : d'abord d'une façon purement mécanique en maintenant les organes ou en ramenant dans leur position normale ceux qui sont déplacés ; mais elle agit surtout aussi par dialyse, les tampons dont on se sert étant toujours imbibés de glycérine et provoquant ainsi un écoulement séreux abondant qui a pour résultat de décongestionner les organes du petit bassin. Aussi la columnisation trouve-t-elle surtout ses indications dans les prolapsus ovariens, la colonne des tampons soutenant alors l'ovaire par une véritable surface et non pas par un point comme le fait le pessaire le plus souvent intolérable d'ailleurs en pareil cas. Mais c'est surtout dans la paramétrite postérieure que M. Condamin s'appuyant sur les résultats de son maître, le professeur Laroyenne, réclame la columnisation ; en pareil cas elle diminue l'état congestif de l'utérus et surtout

---

(1) D'après Condamin. *Mercredi médical*, 1894, p. 273.

elle assouplit les brides rétractiles, les exsudats anciens qui doublent la face profonde du cul-de-sac postérieur et déterminent des phénomènes douloureux très intenses.

Sans doute la columnisation ne guérit pas toutes les affections pelviennes, mais elle procure souvent une amélioration rapide qui permet ultérieurement soit le port d'un pessaire ou de tout autre appareil, ou surtout qui facilite le diagnostic jusque-là incertain.

M. Condamin insiste particulièrement sur ce point, à savoir que, lorsque l'application des tampons au lieu d'amener une amélioration exagère les douleurs, on peut être assuré qu'il y a du pus dans les trompes ou tout autour d'elles, et l'on peut se préparer à intervenir.

Le grand mérite de la columnisation est d'être une méthode thérapeutique élémentaire, sans danger, et à la portée de tous les praticiens. Le *modus faciendi* est des plus simples : on prépare une bonne quantité d'ouate boriquée que l'on trempe dans la glycérine et que l'on essuie fortement; après expression, les bourdonnets doivent avoir le volume d'une noix : quelques-uns sont saupoudrés d'iodoforme et ceux-là seront placés au contact immédiat du col utérin. On désinfecte alors soigneusement le vagin dont on écarte au maximum les parois antérieure et postérieure avec un spéculum ordinaire et l'on introduit des tampons, en commençant par le cul-de-sac postérieur que l'on comble aussi complètement que possible. Puis à mesure que le vagin se remplit on retire doucement le spéculum en ayant bien soin de maintenir à l'aide d'une pince les tampons déjà placés et qui seraient entraînés sans cette précaution. Il est cependant inutile de remplir tout le vagin et il ne faut pas dépasser le plan vertical passant par la symphyse, sous peine d'exposer la malade à des accidents de dysurie et peut-être de rétention complète.

Ainsi tamponnées, les malades peuvent se lever, marcher, vaquer à leurs occupations habituelles ; au bout d'un ou deux jours elles voient apparaître un écoulement aqueux dû à la dialyse exercée par la glycérine. Le même pansement peut rester en place plusieurs jours, et on cite des cas où il a été ainsi maintenu à demeure pendant douze ou quinze jours sans odeur ni accidents : mais en réalité cette période nous paraît excessive et il sera bon de le renouveler tous les quatre ou cinq jours.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mars 1895.

Champetier de Ribes fait une communication sur un mode de **traitement électrique des vomissements incoercibles de la grossesse**, dont il a constaté l'efficacité dans plusieurs cas. La technique employée et imaginée par MM. Gautier et Larot est la suivante : On place l'électrode positive recouverte d'amadou entre les insertions claviculaires du sterno-mastoïdien, puis l'électrode négative, large de 10 centimètres, au niveau de l'ombilic.

Chaque séance dure d'un quart d'heure à une demi-heure, en ayant soin d'ouvrir et de fermer le courant avec beaucoup de précaution, afin d'éviter toute excitation. Ayant été appelé au commencement de 1893 pour soigner une malade qui portait une grossesse extra-utérine accompagnée de vomissements abondants et très fatigants, j'épuisai en vain tous les traitements mis en usage contre cette complication. Puis j'appris un jour qu'elle se faisait soigner par M. Gautier, leur médecin et ami, et je fus surpris des excellents résultats obtenus. Ayant été appelé en 1894 pour une grossesse de deux mois occasionnant des vomissements modérés, j'eus recours à M. Gautier qui les fit disparaître complètement en quelques jours. Quelque temps après, Mme Henry, m'ayant consulté pour une de ses malades présentant des vomissements fréquents avec fétidité de l'haleine et ayant occasionné un grand abattement, je la confie au Dr Gautier. Aussitôt la première séance, la malade peut garder une tasse de bouillon ; une semaine après le traitement, guérison complète.

Enfin, tout récemment, j'ai vu avec M. le Dr Teissier, une multipare âgée de 30 ans. Malgré d'excellentes grossesses antérieures, elle est prise subitement de vomissements à la troisième semaine d'une grossesse ; ces accidents occasionnèrent des troubles si graves que M. Teissier me consulta afin de voir s'il y avait lieu d'interrompre le cours de la grossesse. J'eus immédiatement recours à l'électrisation, et dès la première séance elle

put garder une tasse de bouillon. Aujourd'hui, la malade mange très bien, les joues sont revenues et la guérison s'est maintenue.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de février 1895.

MM. BAR et TISSIER. **Présentation.** — Enfant âgé de deux ans, qui naquit en présentant le siège et chez qui l'un d'eux fit une application de lacs. L'extraction de l'enfant fut pénible et on constata à la naissance uue section de la peau qui guérit sans complication. Aujourd'hui l'enfant boite et on peut s'assurer que la boiterie est due à un raccourcissement du fémur portant spécialement sur son extrémité supérieure. Ils présentent en outre un moulage montrant combien peuvent être étendues et profondes les lésions produites par les lacs.

Discussion. — CHARPENTIER ne croit pas à l'innocuité des lacs dans le traitement de la présentation du siège, il a observé dans un cas de présentation du siège la fracture du fémur. Il pense que dans le cas de M. Bar, il s'est bien agi d'une fracture du fémur. Il préfère l'extraction manuelle. PORAK croit aussi au danger des lacs, mais on est bien obligé d'y avoir recours dans le plus grand nombre des cas. Il ne pense pas que dans le cas de M. Bar, il se soit agi d'une fracture. Lorsque cet accident est le résultat d'un traumatisme portant sur un os sain, le cal est énorme et les fragments de l'os sont comme perdus au milieu de lui. Ce n'est que dans le cas où il y a une dystrophie osseuse, comme dans le cas de syphilis, que le cal est négligeable. Certainement le gros cal observé dans ces cas n'aurait pas passé inaperçu de M. Bar. GUÉNIOT croit aussi au danger des lacs. Il introduit profondément la main dans la concavité du sacrum. Cette manœuvre a pour résultat de provoquer la contraction utérine et de permettre d'exercer une traction moindre sur les lacs ou sur les crochets. BUDIN reconnaît que dans le cas de M. Bar, il existe bien une atrophie du fémur, mais il en ignore l'étiologie. Il recommande dans l'extraction du siège d'exercer la traction sur les lacs seulement pendant la contraction utérine et en exerçant l'expression utérine. PORAK est tellement de l'avis de M. Budin qu'il administre le seigle ergoté pour renforcer la contraction utérine. Il applique un lacs sur l'aine antérieure et lorsque le passage du lacs sur

l'aine **postérieure** est difficile, il applique le crochet de Delore sur l'aine postérieure. Les pressions réparties sur les deux aines sont d'autant moins fortes sur chacune d'elles. L'expression utérine doit aussi être employée, mais son importance devient surtout importante au moment du dégagement de la tête. DOLÉRIS pense que le raccourcissement du membre dû à l'atrophie du fémur, est dû à des troubles trophiques consécutifs à l'attrition des nerfs et en particulier du circonflexe. MAYGRIER recommande de n'appliquer les lacs que dans les sacro-antérieures et de se servir, suivant le conseil de Tarnier, de la mèche des fumeurs. OLIVIER recommande d'engager les lacs dans un tube de caoutchouc dont la pression est moins brutale. GUÉNIOT. — Ce n'est pas la nature des lacs qui est importante à considérer, mais la nature des tractions exercées qu'il faut modérer autant que possible. BAR insiste sur ce fait que le cal dans les décollements épiphysaires est peu volumineux et qu'il peut échapper aux investigations les plus minutieuses.

MM. BAR et TISSIER. Malade atteinte de **dermatite polymorphe prurigineuse, récidivante de la grossesse** (herpes gestationis). — Elle vient d'accoucher pour la septième fois. Chez elle, la maladie n'a débuté qu'après le cinquième accouchement, et a récidivé aux deux grossesses qui ont suivi. Chaque atteinte a été plus intense que la précédente.

Ils montrent des photographies représentant les lésions cutanées observées aux différents stades du processus et ils signalent les idées actuellement régnantes sur la genèse de cette maladie ; ils insistent sur l'hypoazoturie qui a marqué chacune des poussées de dermatite qu'ils ont observées.

M. BRINDEAU. **Oblitération du duodénum.** — Il s'agit d'un enfant atteint de faiblesse congénitale, de gros ventre et de sclérème, qui a succombé quelques jours après sa naissance. Il vomissait des matières fécales. On diagnostiqua une oblitération intestinale. En effet, à l'autopsie, on constata que le duodénum était très distendu et qu'il était oblitéré. Toute la partie de l'intestin située au-dessous est très amincie et rétractée.

Discussion sur la **thérapeutique intra-utérine.** — M. GENDRON apporte la statistique de sa pratique intra-utérine.

M. Fournel. — La thérapeutique intra-utérine (dilatation de l'utérus, curage, résection de Schroeder) appliquée aux cas où l'utérus est seul malade, a toutes ses préférences. En particulier, dans les métrites blennorrhagiques, la dilatation prolongée de l'utérus peut donner les meilleurs résultats. Mais la thérapeutique intra-utérine (dilatation et curage) appliquée aux lésions péri-utérines et spécialement annexielles est plus souvent inutile, parfois dangereuse. Elle est dangereuse, car on a publié des cas de mort. Elle est parfois utile, mais on peut apprécier son utilité au 1/10 seulement des cas traités. Et, en effet, il existe souvent des lésions ovariennes qui échappent à cette thérapeutique. Doléris. — La thérapeutique intra-utérine dans les lésions annexielles est la méthode de choix, et doit toujours précéder l'ablation des annexes. Car la conservation des organes s'impose à la thérapeutique gynécologique. Il croit que le mécanisme habituel de la guérison provient de l'amincissement de la paroi du corps de l'utérus, de l'élargissement du canal tubaire intra-utérin et du drainage consécutif de la cavité des trompes. Porak a pratiqué la dilatation de l'utérus dans les collections tubaires peu de temps après l'accouchement, alors que la période aiguë était passée. Il a constaté dans la plupart des cas des résultats excellents. Mais il existe des cas de mort qui n'ont pas été publiés. Il ne pense pas que le mécanisme invoqué par M. Doléris soit exact. Quoiqu'il ait observé l'évacuation du contenu tubaire, il n'a pu dilater le corps de l'utérus que dans un cas. Dans tous les autres cas les tentes ont été refoulées dans la cavité du col qui se distend alors dans des proportions considérables, tandis que la cavité du corps inhabité semble se rétrécir d'autant. La paroi utérine du corps paraît d'autant épaissie tandis que la paroi utérine dépendant du col semble très amincie. Auvard. — On obtient de très bons résultats non seulement par la dilatation de la cavité de l'utérus, mais encore par la columnisation du vagin. Je la préfère à la dilatation de l'utérus qui provoque des douleurs. Nitot insiste sur la nécessité de ne recourir au traitement conseillé par M. Doléris que lorsque la période subaiguë est passée.

REVUE ANALYTIQUE

I. — Grossesse extra-utérine (*Suite*) (1).

Cas unique de grossesse extra-utérine double. (A unique case of double extra-uterine pregnancy). Duff. *Americ Lancet*, mars 1895, p. 93.

X..., 28 ans, mariée depuis cinq ans. Après son mariage, deux périodes menstruelles font défaut et surviennent de vives douleurs abdominales. L'auteur constate une tumeur dans la région de la trompe gauche et croit à une grossesse extra-utérine. Les accidents s'apaisent. A quelque temps de là, après une courte suppression de la menstruation, la femme fait une fausse couche; on trouva l'œuf parmi les caillots. Enfin, dans ces derniers temps, après défaut de deux menstruations, la femme est de nouveau, brusquement, prise de violentes douleurs dans le bas-ventre, mais cette fois du côté droit; elle tombe rapidement dans un état grave (état demi-comateux, pouls introuvable, etc.). Transportée à l'hôpital, où l'auteur pratique la cœliotomie qui permet de constater : 1) à droite, un œuf tubaire, en imminence de rupture, qui contenait un petit fœtus ; 2) à gauche, attaché aux franges de la trompe, un second sac, dans lequel on fut unanime à reconnaître les caractères du placenta. (Il n'est pas fait mention d'un examen histologique.) Suites opératoires bonnes, *guérison*.

R. L.

Deux cas de grossesse extra-utérine opérés après la rupture du sac, au quatrième mois. (Two cases of extra-uterine gestation operated on after rupture at the fourth month), Halliday Croom. *Edinb. m. J.*, avril 1895, p. 889.

Obs. I. — Après une absence de règles, et à l'époque menstruelle suivante, léger écoulement sanguin qui se reproduit à intervalles plus ou moins courts. Coïncidant avec la perte, sont survenues des coliques douloureuses et, consécutivement, s'est développée dans le flanc gauche une tumeur. L'examen, pratiqué quatre mois

(1) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1895, p. 341.

environ après le début de la grossesse présumée, fournit les constatations suivantes : dans le flanc gauche, tumeur solide mais molle arrivant près de l'ombilic. Pas de fluctuation. Utérus repoussé au-dessus de la symphyse ; en arrière, masse continue avec la tumeur abdominale, absolument fixe mais non particulièrement douloureuse. Cavité utérine augmentée. *Diagnostic :* grossesse extra-utérine intra-ligamentaire. *Cœliotomie :* sac à paroi épaisse, vasculaire (l'incision du sac intéressa le placenta), contenant de nombreux caillots sanguins mais *pas traces de fœtus !* A la base du sac, près du cul-de-sac de Douglas, petite ouverture à travers laquelle le doigt pénétrait dans une seconde poche du volume d'une grosse orange, qui contenait aussi des caillots sanguins sans vestiges de fœtus. Lavage soigneux des deux sacs, et suture à la paroi abdominale. Tamponnement avec de la gaze iodoformée. Le tampon fut enlevé deux jours après. *Guérison.* L'examen microscopique du tissu épais du sac y démontre la présence de villosités, en voie probable de dégénérescence myxomateuse, particularité de nature à expliquer l'absence de fœtus.

OBS. II. — IVpare. Le dernier accouchement, trois ans et demi auparavant. Depuis environ deux ans, douleurs fréquentes dans la région hypogastrique gauche, dysménorrhée très accusée. Après absence de deux périodes menstruelles, la femme ressentit certain jour, tandis qu'elle soulevait un poids lourd, comme si quelque chose avait craqué dans son ventre ! Deux jours après, vives douleurs dans le côté gauche du ventre et hémorrhagie légère. A partir de ce moment, répétition de ces accidents et développement dans le flanc gauche d'une tumeur qui arriva à dépasser l'ombilic. Les crises se renouvelant et la situation devenant de plus en plus sérieuse, laparotomie qui permit de constater une grossesse, ectopique, d'origine tubaire probablement, et intra-ligamentaire. Comme le sac était intimement adhérent à la paroi abdominale et que l'incision de celle-ci, contrairement à ce qui avait été fait dans le premier cas, n'avait pas été conduite sur la ligne médiane mais dans le flanc gauche, l'intervention resta extra-péritonéale. On trouva un fœtus âgé de 3 mois et demi à 4 mois, non décomposé. Après une toilette soigneuse, le sac fut tamponné avec de la gaze et suturé à l'incision abdominale. *Mort* le troisième jour après l'opération, du fait d'une hémorrhagie interne dont on acquit la preuve à l'autopsie. Beaucoup de

sang était accumulé dans la région du cul-de-sac de Douglas, au-dessous du sac ovulaire. Peut-être l'hémorrhagie eût-elle été évitée, si on n'avait pas enlevé trop tôt le tampon de gaze iodoformée.

R. LABUSQUIÈRE.

Sur un cas de grossesse extra-utérine curieux par sa marche et ses complications. (Ueber einen durch Verlauf und Komplikationen bemerkenswerthen Fall von extra-uterin Gravidität), E. STELNER, 1895, n° 4, p. 102.

Histoire curieuse d'un kyste fœtal, extra-utérin, porté par une multipare, âgée de 40 ans, pendant une période d'environ dix ans. Plusieurs années la femme, bien que sujette de temps à autre à des douleurs abdominales, put vaquer suffisamment à ses occupations. Dans les derniers temps, des accidents nouveaux survinrent : altération des urines, expulsion dans les urines de débris brunâtres, de fragments osseux, poussées fébriles, affaiblissement, accidents qui la décidèrent à entrer à l'hôpital.

Examen : aspect anémique et misérable ; pouls petit, température normale. Organes thoraciques normaux, paroi abdominale mince. Par la palpation, constatation d'une tumeur principalement située dans le flanc gauche, mais débordant aussi la ligne médiane vers la droite, et remontant à mi-distance de la symphyse et de l'ombilic. Utérus de volume normal, refoulé contre le sacrum par la tumeur en question dont le pôle inférieur descendait dans l'excavation. Au toucher, sensation de crépitation, et de saillies aiguës. Dans l'urèthre, fragment osseux long environ d'un centimètre et demi, qu'on extrait au moyen d'une pince, etc. *Diagnostic ferme:* Kyste fœtal ancien.

Traitement, premier temps : Laparotomie, fixation du sac à l'incision abdominale, bandage avec de la gaze iodoformée. Le cinquième jour, une perforation fut constatée sur la portion du sac fixée à la paroi abdominale. Deuxième temps : agrandissement, avec les ciseaux, de cette perforation, et nettoyage minutieux du sac. Dans les jours qui suivirent, évacuation successive et circonspecte du contenu du kyste (extraction des débris d'os fœtaux, etc.). Vers le quinzième jour, l'opérée accusa une douleur dans la région lombaire et l'on constata la présence d'une tumeur, nettement rénitente, dont le volume, dans l'évolution ultérieure, fut sujette à de nombreuses oscillations. On reconnut

qu'il s'agissait d'une *hydronéphrose du rein droit*, consécutive à la déformation, à la coudure, à l'imperméabilité partielle de l'uretère droit par suite d'adhérences du sac fœtal avec le fond de la vessie, et de la rétraction consécutive de ce sac. D'ailleurs, quatre mois après, à la suite, semble-t-il, d'après les dires de la femme qui avait quitté l'hôpital quarante-huit jours après son opération, de fomentations chaudes et de repos au lit, l'hydronéphrose avait disparu, disparition qu'un examen direct permit de constater. R. LABUSQUIÈRE.

Hémato-salpinx et grossesse tubaire mis en opposition. (Hæmatosalpinx and tubal Pregnancy contrasted), G. BANTOCK. *The British med. J.*, février 1895, p. 490.

L'auteur relate, en les opposant, une observation d'hématosalpinx simple primitif, et une observation de grossesse tubaire. Voici les différences, faisant un vif contraste, qu'ont présentées les deux cas. Dans le premier (hémato-salpinx simple), suppression légère, momentanée des règles, puis menstruation normale pendant plusieurs mois ; douleurs se prolongeant un certain nombre de semaines, et marquées par plusieurs crises paroxystiques, s'accompagnant aussi d'une hémorrhagie vaginale, de quantité variable et assez en rapport avec le caractère des douleurs ; finalement, à l'autopsie, pas de vestiges de grossesse. Dans l'autre cas, au contraire, suppression complète de la menstruation pendant plus de deux mois ; écoulement vaginal, peu abondant pendant trois à quatre jours sans douleurs, puis, brusquement, crise douloureuse intense, suivie de collapsus avec retour lent à la connaissance ; enfin, l'évidence de l'existence de la grossesse.

Cette communication a été à la *British Gynecol. Soc.* le point de départ d'une discussion au cours de laquelle plusieurs questions et certaines objections ont été faites à Bantock qui y a répondu de la façon suivante : 1° *Existe-t-il un hémato-salpinx sans grossesse tubaire ?* Le fait est aujourd'hui acquis que l'oviducte participe au processus menstruel (écoulement sanguin, à l'époque menstruelle, par la trompe prise dans le pédicule après ovariotomie, etc.). L'hémato-salpinx, indépendant de la grossesse, est donc possible. D'autre part, un examen approfondi, après la mort, a permis de constater l'absence de toutes traces de gestation. 2° *Pourquoi avoir différé d'opérer ?* Quand la femme est

dans le collapsus, le pouls non perceptible, que cet état est une condition favorable à la coagulation, capable de mettre fin à l'hémorrhagie, pourquoi se hâter d'opérer alors que l'opération ajoute un nouveau « *shock* » au premier ? 3° *Quand faut-il opérer?* Dans les premières semaines qui suivent la rupture. Mais, si la rupture s'est faite entre les ligaments larges, ne pas opérer. 4° *Quelle est la cause de la fièvre*, que Bantock a observée dans les cas de grossesse tubaire qui survient plusieurs jours après la rupture, et à laquelle il accorde une grande valeur diagnostique? Bantock la croit de nature irritative. D'ailleurs, elle est difficile à expliquer, mais elle n'est pas moins un symptôme habituel de la rupture de la trompe gravide. R. LABUSQUIÈRE.

II. — MALFORMATIONS GÉNITALES (1)

Imperforation de la partie postérieure du vagin. Rétention du sang des règles. Opération. JALLOT, *Bullet. de la Soc. de méd. d'Angers*, 1894, t. II, p. 12.

Fille publique présentant un vagin long de 3 centim. seulement. Il était impossible au doigt d'avancer plus loin, si fort que l'on pressât; on buttait contre une membrane forte et résistante qui fermait complètement le conduit.

Les organes génitaux externes, par suite probablement des nombreux tiraillements qu'ils avaient subis, avaient pris une forme évasée, et formaient un large et profond *infundibulum* au fond duquel se trouvait l'entrée du vagin.

Une collerette de poils rares et peu développés entourait la vulve ; les grandes lèvres, ainsi que les petites, étaient normales, le clitoris bien développé, et l'on pouvait voir, tout dans le fond, de petites excroissances charnues, ressemblant assez bien à des caroncules myrtiformes.

Ce qu'il y avait de curieux dans l'état de cette fille, c'est qu'ainsi conformée elle se livrait à la prostitution depuis quatre ans, et qu'elle n'avait jamais eu ses règles,

Elle n'a jamais ressenti dans l'acte sexuel aucune espèce de sensation se rapprochant de l'orgasme vénérien ; elle voit des hommes quotidiennement, par habitude, dit-elle, et ne s'étonne pas de n'avoir jamais eu ses règles, une de ses sœurs ayant été comme elle.

(1) Voir *Annales de gynécologie*, t. I, p. 190 et 261.

Peu à peu, elle a éprouvé de la douleur pendant le coït, puis cette douleur a augmenté et s'est irradiée aux cuisses et aux lombes. D'abord intermittentes, les crises sont devenues quotidiennes, s'accompagnant de constipation et d'envies très fréquentes d'uriner.

Il y a deux mois environ, on pouvait constater l'existence d'une tumeur fluctuante, mais très tendue, siégeant au niveau des annexes du côté droit. Cette tumeur était indolore à la pression et ne provoquait que des accidents de compression des organes voisins : constipation, mictions fréquentes et difficiles.

Le mois suivant, l'état s'aggrave ; à chaque moment survenaient des crises très douloureuses, enlevant à la malade tout repos la nuit, et la torturant continuellement le jour.

Le volume de la tumeur avait augmenté ; elle était alors plus grosse que le poing, inclinée à droite, et remontant à trois travers de doigt au-dessus de la cicatrice ombilicale.

En pressant sur la tumeur, on faisait bomber la membrane qui fermait le vagin. Du reste, en pratiquant à la fois le toucher vaginal et le palper abdominal, on communiquait nettement des mouvements de fluctuation d'une main à l'autre.

Après anesthésie de la malade, en conduisant le bistouri sur le doigt, il fut aisé d'aller perforer la membrane qui obstruait le vagin ; il s'écoula environ un litre de sang de couleur brunâtre, de consistance un peu épaisse, mais n'exhalant aucune odeur. La tumeur disparut aussitôt, et on put finir de dilacérer avec le doigt les restes de la cloison. Immédiatement, les coliques cessèrent pour ne plus reparaître.

Les jours suivants : injections antiseptiques.

Le 27 mai, apparition des règles pour la première fois, juste un mois après l'opération. Elles durèrent trois jours.

L'utérus, dans la suite, s'est un peu abaissé. D'abord, on constata 3 centim. entre la cloison et le col ; maintenant, cette distance semble avoir diminué.

Elle a quitté le service les premiers jours de juin.

En juillet, on ne sent plus au toucher qu'un léger rétrécissement à l'endroit où se trouvait la cloison ; le col est à sa place normale. Elle avoue, du reste, trouver aujourd'hui dans les rapprochements sexuels, tout autre chose que ce qu'elle ressentait auparavant.

III. — Obstétrique

Présentations du sommet en variété pariétale postérieure (Zur Hinterscheitelbeineinstellung). A. Gœnner. *Zeitch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXI, Hft. 2, p. 402.

Cette variété pariétale postérieure, de la présentation du sommet, a été observée à la clinique de Bâle, 8 fois sur un total de 2,400 accouchements, soit dans la proportion de 0,3 p. 100. Dans 7 cas le bassin était rétréci : 2 fois bassin simplement plat, 3 fois bassin plat rachitique, et 2 fois généralement rétréci. Le cas de bassin normal se compliquait d'hydrocéphalie, et conséquemment, correspondait aussi à un défaut de proportions du fœtus et du bassin. Sur les 2,400 parturientes, 193 avaient un bassin rétréci, de sorte que sur ces 193 cas il y a eu 7 présentations du pariétal postérieur, soit 7 p. 100.

Les 8 cas sont résumés comme suit dans un tableau synoptique :

BASSINS	MÈRES	ENFANTS	OPÉRATION
Simplement plat, forte inclinaison.	Bien portante.	Perforé.	Tentative de version, tentative de forceps, perforation, décollement placentaire.
Simplement plat........	Bien portante.	Perforé.	Perforation.
Plat rachitique	Morte.	Mort.	Laparotomie à cause de la rupture de l'utérus.
Plat, généralement rétréci.	Bien portante.	Mort, asphyxié.	Version, forceps sur la tête dernière.
Plat rachitique	Bien portante.	Bien portant.	Forceps, réduction de la présent. défectueuse. Extraction.
Plat rachitique	Bien portante.	Bien portant.	Accouch. spontané après réduction spontanée.
Normal......	Bien portante.	Perforé.	Perforat., hydrocéphalie.
Plat, généralement rétréci.	Bien portante.	Bien portant.	Version.

Sur 8, sept mères guéries, une morte de rupture de l'utérus. Des enfants, 3 sont nés vivants et ont survécu, 2 sont morts au cours du travail (1 asphyxié, l'autre à l'occasion de la rupture de l'utérus). 3 ont subi la perforation. Abstraction faite de ces 3 perforations, 2 accouchements furent terminés par la version, 1 fois la laparotomie fut faite à cause d'une rupture de l'utérus, 1 fois la position défectueuse de la tête réduite manuellement et l'accouchement terminé par le forceps, 1 fois enfin réduction et

accouchement se firent spontanément. Somme toute, *le pronostic pour l'enfant est grave, puisque plus de la moitié ont succombé; il est plus favorable pour la mère, mais par la raison que plusieurs fois l'enfant a été sacrifié pour la sauver.*

Ces faits démontrent que, contrairement à certaine opinion, la réduction de la position défectueuse ne se fait pas spontanément quand le bassin est rétréci, surtout quand il s'agit de bassins plats, qui sont ceux auxquels on a le plus souvent affaire ; que la situation ne fait qu'empirer à mesure que les contractions utérines se succèdent et que l'espoir de voir l'accouchement se terminer spontanément va toujours en diminuant. Les conclusions pratiques c'est qu'il n'y a pas à compter sur une terminaison spontanée, et qu'il faut tenter la réduction manuelle ou faire la version. En cas d'échec, perforer dans l'intérêt de la mère. L'avenir renseignera sur la valeur thérapeutique de la symphyséotomie dans ces cas.

P. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

Du traitement (particulièrement chirurgical) des rétro-déviations de la matrice. (Ueber die Behandlung (insbesondere die operative) der Rückwärtslagerung der Gebärmutter), par M. GRAEFF. *Samm. klin. Vorträge*, 1895, n° 125.

Quand il s'agit de rétro-déviations mobiles et point de départ de phénomènes douloureux notables, il faut, avant tout, s'efforcer de corriger la déviation en réduisant l'utérus et en le maintenant réduit au moyen d'un pessaire. Et, à ce propos, il importe de se souvenir que le choix du pessaire qui convient, exige souvent beaucoup de soin. Fritsch a dit, avec raison, qu'il est plus aisé de pratiquer certaines cœliotomies que de juger et de traiter, judicieusement, un utérus rétroversé. Toutefois, en certains cas, assez rares à la vérité, où le pessaire maintient la réduction, il devient nécessaire de fixer chirurgicalement l'utérus à cause de certaines complications (difficultés apportées au coït, écoulements constants, fétides).

Dans les cas de prolapsus, où la colporrhaphie est indiquée et compliquée de rétro-déviation, la vagino-fixation s'impose et doit être combinée avec la colporrhaphie, sauf quand l'utérus est exceptionnellement petit ou sénile. On pourrait objecter qu'après la colporrhaphie, un pessaire suffirait à corriger la rétro-dévia-

tion, et il en pourrait être ainsi. Mais, à cause de l'étroitesse anormale du vagin, le pessaire risque particulièrement de léser la paroi vaginale et de gêner singulièrement le coït. Les femmes seraient en tous cas extrêmement heureuses de n'être plus condamnées aux ennuis associés au port d'un pessaire.

S'agit-il de *retro-déviations fixes*, il faut d'abord s'efforcer de libérer les adhérences et, par là, de rendre possible la réduction de l'utérus. Si on échoue dans ces tentatives de mobilisation de la matrice, et que, d'autre part, l'intensité des douleurs constitue une indication formelle à la correction de la déviation, on est autorisé à ouvrir le ventre, à faire la cœliotomie pour obtenir plus facilement cette mobilisation, et à pratiquer la vagino-fixation. La même conduite est justifiée quand la rétro-déviation, mobile ou fixe, se complique de tumeurs ovariques ou tubaires.

R. LABUSQUIÈRE.

Comptes rendus des séances de la Société d'accouchement et de gynécologie de Kieff, 1893, t. VIII.

Le volume de 200 pages, paru en 1894, contient les comptes rendus officiels pour l'année 1893. Nous avons déjà analysé les communications au fur et à mesure de leur publication dans le *Vratch*; ajoutons seulement qu'un certain nombre de très bonnes photographies enrichissent ce volume fort bien édité en général : deux photographies d'une femme cyphotique (Levitzki); deux autres du squelette d'un bassin cyphotique (Krassowski); deux photographies encore se rapportant à un cas de hernie de la ligne blanche, opérée chez une femme enceinte (Redlich); enfin les dessins et coupes de l'appareil d'Affanassieff destiné à puiser les sécrétions puerpérales en vue d'études bactériologiques.

M. N. W.

L'hystérectomie vaginale entre le cancer et les affections non cancéreuses, par L. GUSTAVE RICHELOT. Paris, 1894.

Le volume que vient de publier M. Richelot n'est pas une compilation, c'est l'exposé pur et simple de la pratique de ce maître depuis le 8 août 1885, époque où il fit sa première hystérectomie. Nos lecteurs connaissent suffisamment la plume alerte, le style facile de M. Richelot, pour qu'il nous soit inutile d'insister sur les qualités de cette monographie.

On y trouve étudiée l'hystérectomie vaginale dans le cancer, dans les suppurations pelviennes, dans les rétroversions compli-

quées, dans les névralgies pelviennes, dans les fibromes utérins, dans le prolapsus. Le manuel opératoire est ensuite très minutieusement étudié et envisagé successivement, suivant qu'il s'agit d'un utérus mobile, d'un utérus adhérent, d'un utérus fibromateux. L'ouvrage se termine par la statistique intégrale de l'auteur qui porte sur 274 cas.

Leçons de chirurgie, par F. Lejars. Paris, 1895. (G. Masson, éditeur.)

Chargé, pendant la vacance qui suivit la mort du professeur Le Fort, d'un cours de clinique chirurgicale à la Pitié, M. Lejars a réuni ses leçons en un volume qu'il publie aujourd'hui. A côté de leçons sur la chirurgie réparatrice, sur celles des membres, sur les maladies des organes génito-urinaires, nous trouvons quelques cliniques sur des sujets afférant à la gynécologie. La maladie annexielle et ses diverses formes, l'hystérectomie vaginale dans les affections bilatérales des annexes, le traitement des fibromes utérins, l'étude des polypes et faux polypes de l'utérus, celle des tumeurs uréthrales et péri-uréthrales, sont l'objet d'une série de leçons successives, claires, bien ordonnées. Ces cliniques constituent un ensemble qui accuse une somme réelle de travail dont nous devons féliciter l'auteur.

Chirurgie du rectum, par Quénu et Hartmann. Paris, 1895 (Steinheil, éditeur).

Depuis le livre bien incomplet et bien vieilli de Mollière, la chirurgie du rectum, très étudiée à l'étranger, n'avait fait en France l'objet d'aucune monographie. Fondé sur de nombreuses observations personnelles et sur d'importantes recherches anatomiques, anatomo-pathologiques et bactériologiques, le livre de MM. Quénu et Hartmann intéressera plus d'un lecteur par les aperçus nouveaux qu'il renferme. Les faits anciennement connus ne sont pas négligés cependant et la bibliographie des questions, tout en n'occupant qu'une place restreinte, est largement suffisante. Les travaux importants, les faits nouveaux y sont seuls mentionnés et ils le sont d'une manière exacte et précise.

Ajoutons qu'un très grand nombre de gravures, toutes originales, illustrent ce volume et facilitent la compréhension du texte.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LE CHOIX D'UN INSTRUMENT POUR LA DILATATION RAPIDE DU COL UTÉRIN

Par le professeur **A. Goubaroff,** de Jourieff (Dorpat).

L'arsenal du gynécologiste contient un si grand nombre d'instruments destinés à pratiquer la dilatation du col utérin qu'on pourrait être véritablement embarrassé pour faire un choix. Chaque année nous apporte de nouvelles modifications et à peine en avons-nous oublié quelques-unes qu'on voit naître quelque nouvel instrument de ce genre. Dernièrement encore, M. Auvard (1) publiait une simplification du dilatateur Hegar qu'il trouve plus commode pour emporter dans sa trousse. A coup sûr, toute simplification d'un instrument compliqué, volumineux, rencontrera un bon accueil.

La plupart des dilatateurs à valves sont trop compliqués pour assurer une asepsie rigoureuse ; de plus, le fonctionnement de leurs branches ne peut être complètement assuré. En outre, elles occasionnent toujours quelque lésion, déchirure ou contusion partielle de la muqueuse cervicale. On doit donc délaisser entièrement tout appareil à valves. Des instruments, les meilleurs et les plus simples pour la dilatation cervicale sont sans contredit les instruments cylindriques (dilatateurs de Hegar, de Schrœder, etc.). Ce sont

(1) *Archives de tocologie*, novembre 1894.

des instruments faciles à bien nettoyer, et s'ils sont métalliques, ils ne présentent que le seul défaut d'être trop chers et trop volumineux.

Il m'a toujours semblé qu'en principe la forme cylindrique d'un dilatateur est tout à fait mauvaise. En effet, en retirant un dilatateur cylindrique introduit dans le canal cervical, il se passe toujours avant l'introduction du numéro suivant assez de temps, pour que le col utérin se contracte, et souvent on est obligé de revenir au numéro que l'on vient de retirer, avant d'introduire celui qui suit. De plus, la force qu'on doit déployer pour introduire un dilatateur de ce genre est toujours assez considérable.

La question est tout autre, si le dilatateur a une forme conique. En effet, la surface conique en agissant comme un coin peut produire une énergique dilatation, en évitant tout mouvement brusque, vu que l'action du coin n'exige de l'opérateur presque point de force, il suffit de pratiquer l'introduction lentement.

En 1889, M. Lawson Tait dans son *Traité sur les maladies des femmes* et *la chirurgie abdominale* (1), avait décrit un dilatateur conique, qu'il emploie toujours pour la dilatation du col utérin. Il se sert pour l'introduire d'un bandage spécial qui, par son élasticité, fait pénétrer dans la cavité du col les numéros successifs de son instrument.

Je ne sais si le célèbre chirurgien de Birmingham emploie son instrument pour faire la dilatation rapide, séance tenante, mais quant à moi, je l'emploie toujours ainsi depuis plus d'une année.

En effet, j'ai été frappé par la facilité avec laquelle on peut introduire cet instrument dans le canal cervical. On obtient en quelques minutes (ordinairement deux ou trois) la dilatation voulue en introduisant deux ou trois numéros et seulement exclusivement le quatrième (le dernier de l'instrument).

(1) L. Tait. *Diseases of Women and abdominal Surgery*. Leicester, 1889, p. 109 et suivantes.

Les efforts minimes qu'exige l'emploi de cet instrument m'ont semblé vraiment surprenants.

L'instrument en caoutchouc vulcanisé dont je me servais m'a été fourni par MM. Mayer et Meltzer à Londres. Le manche unique et l'emploi d'une vis pour fixer les dilatateurs me faisaient toujours perdre quelques instants pour changer les diverses parties de l'instrument au cours de l'opération. C'est pourquoi je me suis fait construire une petite modification de l'instrument qui m'a semblé avoir de grands avantages.

Voici l'instrument dont je me sers. Il consiste en deux pièces en cuivre nickelé. Chaque pièce est une tige droite munie à ses extrémités d'un dilatateur conique de M. Tait.

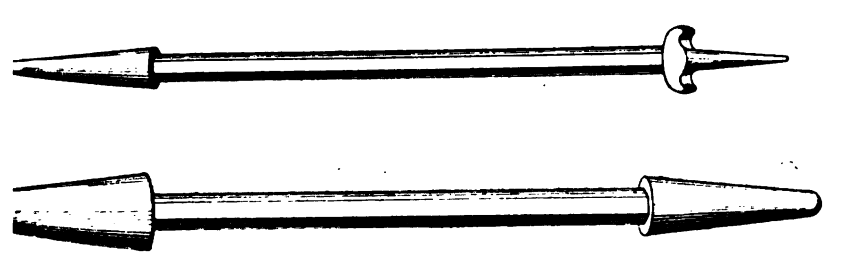


Fig. 1. — Aperçu général des deux pièces formant le dilatateur. Les dimensions des cônes sont montrées sur les fig. 2 et 3.

De sorte que les n°s 1 et 2 sont fixés sur une tige et les n° 2 et 3 sur une autre.

Le cône n° 1 est muni d'une embase que j'ai fait couper des deux côtés pour faciliter la fixation du col utérin au moyen de pinces érignes (Museux). L'embase sert en même temps à retenir le dilatateur dans le canal cervical et à empêcher son bout pointu de faire quelque lésion de la cavité utérine. (Du reste l'embase n'est pas essentielle et on peut s'en passer.) Le bout du cône n° 2 représente exactement le diamètre du milieu du cône n° 1. Les cônes des numéros suivants sont construits d'après le même principe. Les numéros 5 et 6, si on les faisait construire, atteindraient les diamètres des plus

gros dilatateurs de Hegar. Le n° 4 permet aisément l'introduction du doigt explorateur dans la cavité utérine.

Il n'y a pas à comparer cet instrument avec tous ceux qui ont été proposés pour cette opération. Construit en métal, il donne une garantie complète pour l'asepsie. Formé de

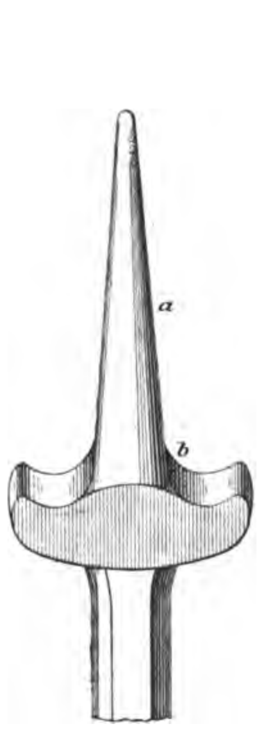


FIG. 2. — Représentant le cône n° 1, grandeur naturelle.



FIG. 3. — Construction des cônes, grandeur naturelle.

deux pièces, il ne peut être accusé d'encombrer les trousses; la douceur et la facilité de son emploi le placent bien au-dessus de tous les instruments de ce genre connus. M. Tait n'employant son instrument que pour la dilatation lente, j'aurais pu peut-être m'attribuer l'invention d'un nouvel instru-

ment puisque je lui ai donné un emploi tout nouveau. Ce n'est pas M. Marion Sims qui a inventé la cuiller à soupe, mais c'est bien lui qui en a profité pour improviser son rétracteur. Je tiens cependant à signaler que l'application du principe d'un instrument conique pour la dilatation du col, principe qui me semble le plus rationnel pour ce genre d'instruments, a été imaginé par M. Tait et ce n'est qu'une nouvelle application que je lui ai trouvée.

ÉTUDE SUR LES FISTULES URÉTÉRO-VAGINALES

(ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT)

(Suite et fin.)

Par le Dr **Tuffier**, agrégé, chirurgien de la maison Dubois, et **Charles Lévi**, interne des hôpitaux.

Voyons donc maintenant les différents procédés opératoires à employer en présence d'une fistule urétéro-vaginale bien constituée.

Ces procédés peuvent être divisés, comme le fait Pozzi, en :

A. — PROCÉDÉS DIRECTS.

B. — PROCÉDÉS INDIRECTS.

Parmi les premiers nous devrons étudier :

1° Les diverses *opérations plastiques* faites en vue de déplacer le cours de l'urine du vagin dans la vessie.

2° Les différentes variétés *d'abouchement :*

a) *Vésical :* extra-péritonéal et intra-péritonéal ;

b) *Intestinal ;*

c) *Cutané ;*

d) *Vésico-cutané.*

Les procédés indirects, comprennent :

1° *Le colpoclisis ;*

2° *La néphrectomie ;*

3° *La ligature de l'uretère.*

A. — PROCÉDÉS DIRECTS. — *Les opérations plastiques.* — Nous signalerons d'abord les *cautérisations* (Alquié, Panas) auxquelles nous devons un succès (obs. III).

Mais les véritables opérations plastiques se font par l'un des procédés suivants.

Simon (*Wiener med. Woch.*, n° 28, 1876) faisait d'abord une fistule vésico-vaginale, puis, par là, passait une sonde dans l'uretère, qu'il débridait de manière à transformer en gouttière sa portion vésicale. Chaque jour, il écartait les bords de l'incision avec une sonde cannelée, de manière à empêcher leur agglutination. Puis il fermait la fistule vésico-vaginale. Landau (*Arch. f. Gyn.*, Bd. IX, p. 426), pour éviter la compression de l'uretère et permettre l'écoulement continu de l'urine, a conseillé le procédé suivant. Il fait le cathétérisme du bout inférieur de l'uretère, va chercher la sonde dans la vessie pour la faire passer par l'urèthre, fait le cathétérisme du bout supérieur, avive latéralement les bords de la fistule et les réunit perpendiculairement à son grand axe.

Si on ne peut pas cathétériser le bout inférieur, on l'incise dans toute son étendue et on transforme ainsi la fistule urétéro-vaginale en fistule vésico-vaginale à l'extrémité supérieure de laquelle s'ouvre l'uretère. Puis l'avivement et la suture se font comme plus haut. Lannelongue (de Bordeaux) a fait une opération analogue (th. de Biär). Bandl employait une combinaison des méthodes de Simon et Landau (*Wiener med. Woch.*, 1877, n°s 30 et 32). Schede (*Centralbl. f. Gyn.*, n° 30, 1877, et n° 23, 1881) cachait l'ouverture urétérale dans la vessie au milieu d'une zone de tissu muqueux voisin, pour prévenir la sténose cicatricielle. Trélat s'est servi d'un procédé analogue.

Pozzi (in *Gyn.*, p. 934) a employé avec succès le procédé du *dédoublement* semblable à celui de Gerdy pour les fistules vésico-vaginales. Il fait au niveau de la fistule une incision en H renversé ⌶. Puis il suture les deux lambeaux transversaux en avant de l'orifice fistulaire. C'est aussi ce qu'a fait

Herrgott de Nancy (*Ann. gyn.*, juin 1888, f. XXIX, p. 408).

Ces opérations plastiques sont, comme le dit Fenger, souvent difficiles en pratique ; on est souvent obligé de faire des essais répétés de fermeture de la fistule et dans quelques cas l'inflammation des uretères et des reins en a été la conséquence. Cependant, en général, ces opérations sont les moins dangereuses, et doivent être mises à l'épreuve avant les autres méthodes d'oblitération.

a) *Abouchement* vésical. — Mais fréquemment on est obligé de recourir aux *abouchements* qui se font de préférence dans la *vessie*, et alors ils peuvent être extra ou intra-péritonéaux. Ce moyen avait été tenté avec insuccès par Rasimodski.

C'est ce procédé que l'un de nous a conseillé dans le *Traité de chirurgie* (1888) et qu'il a pratiqué chez nombre d'animaux pour s'assurer de la perméabilité à longue échéance de ces abouchements, mais qu'il n'a pu réaliser en chirurgie qu'en décembre 1893, n'ayant pas eu jusqu'alors l'occasion d'y recourir. Un exemple d'*implantation extra-péritonéale* est le fait de Baumm, que nous avons rapporté plus haut à propos des fistules congénitales. Ajoutons-y notre observation IV. Comme dans le cas de Bozeman (*Congrès Washington*, t. II, p. 543), ce fut une vraie colpo-urétéro-cystostomie, ou abouchement de l'uretère dans la vessie par le vagin. L'*implantation intra-péritonéale* avait déjà, en 1888 (*Ann. gén.-urin.*, 1888), été pratiquée sur des chiens par Paoli et Busachi. Novaro (*Centralbl. f. Chir.*, février 1893, n° 27) a opéré une malade par leur méthode. Sa malade avait une fistule consécutive à une hystérectomie vaginale faite pour cancer propagé aux ligaments larges. Deux mois après, on fit la laparotomie dans la position de Trendelenburg. L'uretère fut séparé du vagin, incisé sur l'étendue de 1 centim., et uni par des sutures à une incision vésicale de 1 centimètre et demi de long, située à 2 travers de doigt au-dessous du point normal d'insertion. Pendant quelques jours, la gaze fut imprégnée d'urine. Mais dix jours après l'opération, tout rentrait dans l'ordre et la guérison se maintint. Bazy (*Acad.*

Méd., 14 novembre 1893) a présenté une malade opérée par ce procédé. Penrose (*Med. News*, Philadelphia, 28 avril 1894, p. 470) a vu chez une femme de 40 ans, au cours de l'hystérectomie pour cancer, une blessure de l'uretère, qu'il traita par l'excision d'un pouce d'uretère et l'implantation de la partie voisine dans la vessie d'après la méthode de Van Hook. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Guérison.

Rouffart, de Bruxelles, vient d'en publier un nouveau succès (Acad. de Belgique, 1894). Enfin à ces observations, nous ajouterons la nôtre que nous avons rapportée en détail plus haut, et qui date de 1893.

La voie vaginale étant la voie d'élection si l'uretère et son orifice pouvaient être mobilisés et abaissés de ce côté; en cas contraire le procédé à employer devra être celui de Novaro, Paoli et Busachi, que Büdinger avait réalisé sur des chiens, et qui nous a servi dans notre cas. Ce procédé ressemble à celui de Witzel pour la gastrostomie. Le bout central de l'uretère, après avoir été incisé longitudinalement, sera amené dans l'incision faite à la face postérieure de la vessie et fixé par des sutures muco-muqueuses au bord de cette ouverture; puis on appliquera des sutures séro-séreuses, de façon à faire avec les parois vésicales un canal de 15 millim. dans lequel passe l'uretère.

En tous cas, il sera nécessaire de cystoscoper la malade afin de s'assurer de la permanence du nouvel orifice, et il serait bon même d'en faire le cathétérisme pour s'assurer de la perméabilité du conduit, car on sait avec quelle facilité la moindre sténose de ce conduit provoque des lésions rénales, lentement progressives mais certaines.

b) *Abouchement intestinal.* — L'abouchement dans l'intestin (intestin grêle, côlon, rectum) a été étudié expérimentalement par un certain nombre d'auteurs ; de ces expériences il résulte que c'est un procédé dangereux. Glucke et Zeller (*Berl. klin. Woch.*, 1881) ont eu des échecs. Il en est de même pour Bardenheuer (*Berl. klin. Woch.*, 1886), Ceci (*Riforma med.*, 1887), pour l'un de nous (*Arch. méd.*, 1888),

pour Morestin (*Soc. anat.*, 1892). Novaro (*Soc. Ital. Chir.*, 1887-88) compte un succès sur trois expériences.

Harvey Reed (*Ann. of surg.*, XVI, p. 193, 1892) conclut de ses expériences que l'implantation unilatérale d'un uretère dans le rectum est une opération pratiquable ; mais que l'implantation simultanée des deux uretères est encore discutable. La présence de l'urine dans le rectum ne l'irriterait pas, et le sphincter serait assez fort pour que le rectum agisse comme réservoir. Mais le danger est dans l'infection de l'uretère et du rein par les microbes intestinaux (mort par pyélonéphrite dans les cas de Simon et, de Smith) et aussi dans la tendance à la constriction au niveau de l'implantation.

Van Hook a vu ces complications dix jours après l'opération. Reed a trouvé dans un cas une néphrite aiguë chez un chien tué vingt-quatre jours après l'opération, et, dans un autre cas analogue, le rein était apparemment sain.

En dehors des expériences sur les animaux, cette opération a été faite sans succès par Simon (*Lancet*, 1882), Kuster (*Langenbeck's Archiv.*, 1891, abl. de cancer vésical et prostatique), mais avec succès par Chaput dans deux cas où il fit l'abouchement dans l'S iliaque. Cinq mois après l'opération il n'y avait pas de signes d'infection rénale. Dans un autre cas, où il aboucha l'uretère droit dans le cæcum, la malade mourut (*Soc. Chir.*, 1893, et *Arch. méd.*, 1894). En résumé, ce procédé donne plus d'insuccès que de réussites. La question n'est pas encore résolue de savoir s'il ne vaut pas mieux faire la néphrectomie ou l'implantation cutanée.

En tout cas, dans les lésions des deux uretères il faudra ne faire qu'un abouchement unilatéral et n'aboucher le deuxième uretère que si le premier fonctionne. Deux accidents sont à craindre ; si les sutures ne tiennent pas bien, la péritonite ou au moins une fistule cutanée ; et si elles tiennent bien, la pyélonéphrite ou une hydronéphrose si l'orifice est rétréci.

Comme l'a démontré expérimentalement l'un de nous (Tuffier. *Soc. anat.*, 1892, p. 808), les moyens de défense du rein contre l'infection sont le sphincter de la partie inférieure

de l'uretère, les contractions intermittentes de ce conduit et la pression de l'urine.

L'urétéro-entérostomie supprime l'action du sphincter. La cystentérostomie (abouchement de la vessie et du rectum) n'aurait pas ces dangers.

Rappelons enfin que Tizzoni et Poggi (*Bull. méd.*, 1888, p. 1387) ont essayé chez des animaux de faire une vessie avec une anse réséquée d'intestin grêle. Ils suturaient les deux bouts de l'intestin. Dans un deuxième temps (six mois après) ils enlevaient la vessie et abouchaient la nouvelle vessie avec le col vésical. Cette opération paraît aussi grave que les précédentes. L'abouchement intestinal ne peut donc être qu'un procédé d'exception.

c) *Abouchement cutané.* — L'abouchement cutané, tenté par Glucke, Zeller, Trékaki, chez les animaux, par Le Dentu pour une anurie due à un cancer pelvien, pourrait être indiqué dans des cas de pertes de substance étendues, lorsque l'abouchement vésical est impossible. On le ferait à la région lombaire, ou à la paroi abdominale. Mais ce procédé ne serait guère recommandable dans les fistules urétéro-vaginales.

d) Abouchement vésico-cutané. — Rydygier (Ureteroplasty, *Œst-Ungarischer Centralbl. f. med. Wissensch.*, 1892) a proposé de fixer les deux bouts de l'uretère à la paroi abdominale, et par une opération plastique de faire entre eux un canal cutané pour remédier à la perte de substance.

Van Hook propose, par une opération plastique sur la vessie, de créer un diverticulum assez long pour rejoindre le bout supérieur de l'uretère. Dans ces deux méthodes, on place ces canaux de néoformation dans la paroi abdominale. Ces opérations n'ont pas encore été faites chez l'animal ni chez l'homme.

B. — *Procédés indirects.* — Les procédés indirects sont au nombre de trois : le colpoclisis, la néphrectomie et la ligature de l'uretère.

1° *Le colpoclisis.* — Cette opération proposée par Vidal de Cassis et Simon, a été faite pour la première fois par Hahn dans une fistule urétéro-utérine (*Berl. klin. Woch.*, n° 27, 1879). Elle consiste dans la fermeture du vagin. Chez sa malade Hahn crée d'abord une fistule vésico-vaginale par laquelle l'urine, tombée dans le vagin, devait rentrer dans la vessie. Sur les instances du mari, il dut désunir les parois vaginales. Cette femme accoucha plus tard normalement et la fistule parut, pour un temps du moins, guérie. Kehrer (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 32) en a publié une observation. Il fait remarquer que pour assurer la communication entre la vessie et le vagin, il faut exciser un disque d'environ deux centimètres de diamètre dans la cloison vésico-vaginale, et en ourler soigneusement les bords.

Drucker (*Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. 43, p. 265) a également publié un cas, où on fit d'abord une fistule vésico-vaginale, puis le colpoclisis.

Gusserow (*Charité Annalen*, XV, *Jahrg.*, et *Centralbl. f. Gyn.*, 1891, n° 7, p. 139) a fait connaître un cas où le colpoclisis fut suivi de guérison qui se maintint pendant un an, mais survinrent une cystite purulente et la formation de calculs, qui nécessitèrent la néphrectomie.

A côté du colpoclisis total on a fait quelquefois un colpoclisis partiel (Kaltenbach in Iversen, *Nordisk Medicinisk Archiv*, n° 22, 1892), permettant le coït, et remédiant ainsi à un des inconvénients reprochés à ce procédé.

2° *La néphrectomie.* — La néphrectomie est pour ainsi dire l'opération en dernier ressort, l'ultima ratio souvent nécessitée par des phénomènes infectieux, à la suite des abouchements intestinaux ou cutanés, ou du colpoclisis, toujours grave lorsqu'on ignore l'état anatomique et fonctionnel de l'autre côté. Elle traduit l'impuissance des moyens d'action directs sur la lésion que le chirurgien cherche alors à attaquer par une voie détournée.

On ne saurait trop rappeler de s'assurer avant l'opération de l'état du rein, par tous les moyens indiqués dans ces cas,

en cathétérisant l'uretère de ce côté, et recueillant ainsi de l'urine pure de ce rein.

Simon est celui qui a le premier proposé l'opération.

Zweifel en 1878 (*Arch. f. Gyn.* Bd. XV, 1878) puis Crédé (*Arch. f. Gyn.*, Bd. XVII) dans des fistules urétéro-utérines l'ont d'abord faite, ensuite J. Bœckel dans une fistule urétéro-vaginale (*Soc. Chir.*, 4 juin 1884). On pourra lire à ce sujet les travaux de Fritsch (*Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 1) et de Bardenheuer (*Berlin klin. Woch.*, 1886). Czerny (*Langenbeck's Arch.*, Bd. XXV, 1880, p. 858) rapporte le cas d'une fistule urétéro-vaginale droite consécutive à une application de forceps, qui fut guérie par néphrectomie lombaire. Stark (Th. inaugurale de Hans Bolz, Dorpat 1883) rapporte un cas de ce genre. Chez une autre malade, cet auteur (*Berl. klin. Woch.*, n° 12, 1882), ayant été obligé de réséquer l'uretère cancéreux, le lia. Le troisième jour, l'urine devint sanguinolente et les douleurs amenèrent à pratiquer la néphrectomie. Towffer (*Centralbl. für Chir.*, n° 28, p. 671), dans un cas où la suture fut impossible, fit la néphrectomie. Gallet de Bruxelles (*Ann. belges*, 15 janvier 1895) a eu un cas de guérison par néphrectomie.

Dans le cas où, au cours d'une opération, on s'aperçoit de la blessure de l'uretère, il serait très imprudent de faire *d'emblée* la néphrectomie. Espérons que la série déjà trop longue d'ablations du rein ne s'enrichira plus, maintenant que la chirurgie de l'uretère se perfectionne chaque jour. Dans ces conditions, en effet, on ne peut pas savoir l'état du rein qu'on laisserait, et les forces de la malade déjà affaiblie par l'opération principale, ne pourraient lui permettre de supporter la néphrectomie (Büdinger). Dans ces cas, beaucoup de chirurgiens préfèrent établir une fistule provisoire et, au besoin, n'enlever le rein que secondairement, tout en recommandant de ne pas attendre trop, parce que l'infection ou la dilatation du rein rendraient la néphrectomie secondaire difficile et périlleuse ; auquel cas il vaudrait mieux s'en abstenir comme le prouve le fait suivant

de Billroth, où il s'agit d'une blessure de l'uretère au cours de l'ablation d'un kyste intra-ligamentaire des ovaires. On établit une fistule sous-ombilicale. La peau du voisinage était ulcérée et eczémateuse. On trouva le rein adhérent de toutes parts et atrophié, le bassinet dilaté. On se contenta d'inciser le rein jusqu'au bassinet qui renfermait du pus épais, jaunâtre, fétide. La guérison fut complète. Billroth en conclut qu'on peut se contenter de la néphrotomie avec ouverture et tamponnement du bassinet dans les cas où le rein atrophié ne fournit plus que peu d'urine.

La néphrectomie sera faite par voie lombaire, comme nous le conseillons dans le cas où le rein est peu augmenté de volume.

Quoique grave, cette opération ne donne pas encore une si forte mortalité, puisque Fenger rapporte que sur quatorze cas, il n'y eut qu'une mort. Il est à noter que la néphrectomie secondaire est, pour les raisons que nous avons données, moins grave que la néphrectomie d'emblée.

3° *La ligature de l'uretère.* — Reste la ligature de l'uretère, pour amener l'atrophie du rein correspondant. On la regardait, il y a peu de temps encore, comme impraticable à cause de l'état douloureux consécutif du rein et de l'infection du trajet fistuleux, du conduit excréteur et du bassinet, et pour cette raison on préférait la néphrectomie. L'un de nous a eu l'occasion de la pratiquer (obs. IV), sans succès d'ailleurs, sur une malade atteinte de fistule urétéro-vaginale. Nous devons dire cependant que cette ligature n'a provoqué aucun accident.

Conclusions. — Tels sont les différents procédés de traitement des fistules urétéro-vaginales. On ne saurait trop conseiller, après ce que nous venons de voir, l'intervention primitive directe dans les accidents de ce genre. La suture des deux bouts sectionnés et l'application d'une sonde à demeure intra-uréthrale est le procédé de choix qui permettra d'éviter des fistules. Mais en présence d'une fistule bien constituée, on peut espérer pendant quelque temps une

guérison spontanée. Si aucune amélioration n'a lieu, on ne devra pas rester dans l'expectation plus longtemps.

Il faudra donc intervenir, et les statistiques sont là pour prouver que l'intervention est généralement suivie de succès.

Fenger rapporte que sur 24 fistules urétéro-vaginales, 10 furent guéries par l'invagination plastique dans la vessie par voie vaginale (Bandl, 2 cas; Lannelongue, Geyl, Parvin, Schede, Solowjeff, Schauta, Pozzi, et Hergott), 5 par colpoclisis (Gusserow 2, Kehrer, Schede et Kaltenbach) (colpoclisis partiel), 5 par néphrectomie (Schede, Gusserow, Czerny, Heilbrunn, Fritsch). Dans 4 cas seulement les opérations tentées échouèrent. Nous ajouterons à ces cas nos observations, où la guérison eut lieu une fois par cautérisation, deux fois par implantation urétéro-vésicale, soit intra-péritonéale, soit vaginale.

Quel procédé devra-t-on choisir ? — On pourrait essayer d'abord, la cautérisation. Mais pour les fistules congénitales et, à notre avis, pour les fistules acquises l'implantation vésicale par voie vaginale est la méthode de choix, à condition de ne pas implanter un uretère rétréci, ce qui amènerait la destruction rapide du rein.

Si cette méthode est impraticable à cause des adhérences, alors la voie abdominale sera indiquée. C'est surtout si on s'aperçoit de la blessure de l'uretère pendant l'opération, qu'on devra tenter cette méthode qui avait déjà donné de bons résultats dans les mains de Novaro, Krug, Penrose, Baumm, Bazy, qui a réussi également chez une de nos malades. Il faut savoir que même une pyélonéphrite au début peut guérir sans néphrectomie, comme l'ont montré les expériences de Rovsing (*An. Blaerebetaendelsernes Œtiologi, Pathogenese og Behandling*. Copenhague, 1890), de Geyl (*loc. cit.*). Elle peut disparaître par l'abouchement de l'uretère dans la vessie. En tous cas, les hydronéphroses consécutives guérissent certainement par ce procédé; notre observation et bien d'autres en sont la preuve. Si l'abouchement vésical est impossible, deux procédés s'offrent à l'opé-

rateur : l'abouchement intestinal et l'abouchement cutané ou vésico-cutané. Ces deux procédés sont bien plus graves que le précédent par les infections secondaires, qui peuvent se produire et nécessiter rapidement la néphrectomie. D'ailleurs, même en dehors des phénomènes infectieux, la néphrectomie peut être utile pour amener la guérison de la fistule cutanée, aussi ou plus gênante que la fistule vaginale. On voit donc qu'on peut hésiter entre l'abouchement intestinal ou cutané, et la néphrectomie. A considérer les statistiques, la néphrectomie, si le rein opposé est sain, paraît plus bénigne que l'abouchement intestinal, qui expose tant à l'infection. Des deux abouchements intestinal et cutané, le moins dangereux à ce point de vue, mais, il est vrai, le plus gênant pour la malade, est l'abouchement cutané. Mais si les espérances de Rydygier et de Van Hook se réalisent, il serait possible de créer un canal artificiel conduisant de ce nouvel abouchement jusque dans la vessie. En tout cas, on pourrait considérer ces deux opérations comme préparatoires de la néphrectomie, et dans ce cas elles auraient peut-être leur utilité, la néphrectomie secondaire étant plus bénigne que celle qui est faite d'emblée. La néphrectomie reste absolument contre-indiquée, si l'état de l'autre rein est suspect et c'est alors qu'il faudra choisir l'un ou l'autre de ces abouchements.

C'est dans ces cas où le rein du côté opposé est lui-même malade, où l'état général ne permettrait pas de supporter la néphrectomie, où enfin la malade a dépassé la période sexuelle, que le colpoclisis pourra être pratiqué. Chez une femme jeune, il faudra le rejeter, et courir de préférence les risques d'une néphrectomie.

En résumé, il faudra en premier lieu songer à une opération par *voie vaginale*. C'est l'opération de choix, et on devra ne pas hésiter à pratiquer le cathétérisme rétrograde des uretères au moyen de l'endoscopie vésicale, pour élargir encore le cadre de cette opération. Si cette voie est impraticable l'implantation vésicale par voie abdominale s'impose.

Elle sera généralement intra-péritonéale; elle pourra être extra-péritonéale pour les lésions de l'extrémité toute inférieure de l'uretère, et dans ce cas il faudra bien se garder contre l'implantation d'un rétrécissement de l'orifice urétéro-vaginal.

C'est seulement lorsque ces procédés sont contre-indiqués par la perte de substance considérable, qu'il faudra recourir chez une *femme âgée*, dont le fonctionnement rénal est imparfait, au colpoclisis, chez une *femme jeune*, dont le rein du côté sain est absolument normal, à la néphrectomie.

C'est également dans ces cas qu'un abouchement cutané prévésical suivi d'une autoplastie ultérieure reliant la vessie et l'orifice anormal (procédés de Rydygier et Van Hook) serait indiqué.

Enfin, ce n'est qu'en dernière ligne qu'on devra songer à un abouchement intestinal, quitte alors à tenter secondairement une implantation vésicale ou une néphrectomie.

La néphrectomie reste donc seulement comme ressource ultime à la suite d'autres opérations, même après le colpoclisis.

BIBLIOGRAPHIE DES FISTULES URÉTÉRO-VAGINALES

LAUGIER et PANAS. — *Gaz. hôp.*, 1860, p. 273.

EUG. MONOD. — Art. du *Dict. encycl. Sc. méd.*

BRODEUR. — Th. Paris, 1886, p. 257.

POZZI. — *Tr. de Gynéc.*, p. 932.

LANDAU. — Pathog., diagn., traitement des fist. urétéro-vaginales, in *Arch. f. Gyn.*, Bd. IX, Heft 3, anal. in *Rev. Sc. méd.*, t. IX, p. 175, 1877.

HAHN. — *Berl. klin. Woch.*, 7 juillet 1879 (colpoclisis).

J. BŒCKEL. — *Blessure de l'uretère dans une hystérectomie ; fistule urétérale, néphrectomie.* Soc. Chir., séance du 4 juin 1884.

BIAR. — *Étude sur les fistules de l'uretère.* Th. Bordeaux, 1885.

CHRISTIAN FENGER. — Surgery of the Ureter. In *Annals of Surgery*, septembre 1894, p. 284.

BANDL. — *Wiener med. Woch.*, 1877, nos 30 et 32.

HOWARD et A. KELLY. — Uretero-ureteral anastomosis. Uretero-ureterostomy. In *Ann. of Surg.*

VAN HOOK. — *Journ. Amer. med. Assoc.*, 16 décembre, janvier 1894.

KONRAD et BUDINGER, de Vienne. — Contrib. à la chir. de l'uret. In *Arch. f. klin. Chir.*, Bd XLVIII, Heft 3, résumé in *Ann. of Surg.*, février 1895, p. 220, et in *Sem. méd.*, 13 février 1895.

VERNEUIL. — *Bull. Soc. Chir.*, IV, 1878, p. 264 (fist. vésico-urétéro-vaginales).

DUPLAY. — *Ibid.*, 1880, p. 93 (difficulté de diagnostic avec fist. vésico-vaginale).

CABOT. — *Americ. J. of the med. Sciences*, janvier 1892, p. 43. *Boston med. and Surg. J.*, 25 décembre 1890.

GEYL et ABIE. — *Volkmann's Sammlung klin.* Vorträge, n° 37, 1892, p. 311.

MAX SCHEDE. — Operat. Behandlung der Harnleiter-Scheidenfisteln. *Centralbl. f. Gynæk.*, 1881, n° 23.

PENROSE. — *Med. News.* Philadelphia, 28 april 1894.

BOZEMANN, in SHERWOOD-DUNN. — *Kolpo-urétéro-cystotomie.* Th. doct. Paris, 1888.

HERRGOTT. — *Bull. Ac. méd.*, 22 mai 1888, et *Ann. Gyn.*, 1888, p. 408.

POZZI. — *Bull. Soc. chir.*, 1887, p. 114 (fist. urétéro-vésico-vaginale).

SIMON. — *Wiener med. Woch.*, 1876, n° 28, p. 692.

BANDL. — Zur Entstehung und Behandl. der Harnleiter-Scheiden fist. *Wien. med. Woch.*, n°s 30 et 32, 1877.

TRÉLAT. — *Bull. Soc. chir.*, 27 février 1887, p. 117.

PARVIN. — *West. J. of med.*, octobre 1887.

DUCLOUT. — *Gaz. méd.*, Paris, 1869.

KEHRER. — *Contr. f. Gyn.*, 1889, n° 32.

ZWEIFEL. — Ein Fall von Ureteren-uterusfistelgeheilt durch die Extirp. einer Niere. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XV, 1878.

CRÉDÉ. — Nephrect. wegen Ureteren-uterusfistel. *Arch. f. Gyn.* Bd. XVII.

FRITSCH. — *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 1.

BARDENHEUER. — *Berlin. klin. Woch.*, 1886.

NOVARO. — *Wien. med. Woch.*, 24 mars 1894 (implantation transpérit. de l'uretère).

DAVENPORT. — *Boston med. and. surg. J.*, 30 octobre 1890.

BOIS D'AURILLAC. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, Paris, t. 19, p. 271.

PAOLI et BUSACHI. — *Congrès de Pavie*, 1888. (Abouchement chez les chiens dans la vessie), et *Ann. gén.-urin.*, 1888.

TIZZONI et POGGI. — *Rif. med.*, 1888.

NEYRA. — Th. Lyon, 17 mars 1894. *Etude sur le traitement des fistules uréthro-vaginales.*

KELLY. — *Amer. J. of obst.*, 1892, p. 768 et 1894. *Bull. John Hopkins hosp.*, IV, p. 1, 34, p. 89.

CONDAMIN. — *Lyon méd.*, 5 novembre 1893.

GUTERBOCK. — Leipzig and Wien, 1894. *Chir. krankheiten der Harnleiter.*

BAUMM. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1892, n° 17, p. 336.

— Pour l'abouchement dans le rectum, voir :

SIMON. — *Lancet*, 1882. Mort, pyélonéphrite.

SMITH. — *Saint-Barth. Hosp. Rep.*, 1879, *id.*

GLUCKE et ZELLER. — *Berl. klin. Woch.*, 1881. Expér., échecs.

BARDENHEUER. — *Berl. klin. Woch.*, 1885, *id.*

NOVARO. — *Soc. ital. chir.*, 1888. Exp. (un succès sur trois).

TUFFIER. — 1888. *Soc. anatomique. Arch. méd. Ann. gén.-urin.* Exp., échec.

HARVEY REED. — *Ann. of surg.*, 1882, t. XVI. (Exp. unilatérale, succès possible ; bilatérale, dangers.)

MORESTIN. — *Soc. anat.*, 1892. Exp., échecs.

KURTER. — *Langenbeck's Archiv.*, 1891. Mort, péritonite.

CHAPUT. — *Soc. chir.*, 1893. Abouchement dans S iliaque, guéri.

— *Arch. méd.*, 1894, p. 20. Abouchement d'uretère gauche dans S iliaque, guérison. Abouchement d'uretère droit dans cæcum, mort, pas d'autopsie.

GIORDANO. — *Rif. med.*, 1892, p. 495.

DRUCKER. — *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. 43, p. 265. (Formation de fist. vés. vag., puis colpoclisis).

GUSSEROW. — *Charité Annalen*, XV. *Jahrg.* et *Centralbl. f. Gyn.*, 1891, n° 7, p. 139. (Colpoclisis, guér., cyst. pur, calculs, néphrectomie.)

SEIFFART. — Die Ureteren und ihre Beziehungen zu einzelnen gynækologischen Operationen. (*Corresp. blatt des allgemein arztlichen Vereins von Thüringen*, déc. 1894.)

NEB. — Th. Halle, 1880 (32 cas).

DUBSSEN. — *Sammlung klin. Vortr.*, 1894, n° 114.

DETERS. — Th. Halle 1893.

HOCHSTETTER. — *Arch. f. Gyn.*, Bd. 45, 1894, Heft 1.

E. BUMM. — Ueber Harnleiterscheidenfisteln. *Corresp. Bl. f. Schweizer Aertze*, 15 fév. 1895.

TAUFFER. — Ueber einige Fragen der Nieren und Ureteren Chirurgie. *Pest. med. chir. Presse*, 1893, nos 42 et 44, et *Centralbl. für Chir.*, 1894, n° 28, p. 671.

BOZEMAN. — *Congrès Washington*, t. II, p. 543.

LAVISÉ. — *Ann. Soc. belge chir.*, 1894, n° 6.

GALLET. — *Ibid.*, 15 janvier 1895, n° 9.

TRÉKAKI. — *Rev. gén. gaz. hôp.*, 1892, p. 629 (greffe de l'uretère).

TUFFIER. — *40 cas consécutifs à l'hystérectomie vaginale. Soc. de chir. de Paris*, avril et mai 1895.

LA SALPINGO-OVARITE A STREPTOCOQUES

Par le Dr **Emile Reymond**, ancien interne des hôpitaux.

I. — CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE LA SALPINGO-OVARITE A STREPTOCOQUES

Au cours de recherches bactériologiques sur les salpingites, nous avons pu réunir 11 cas d'infection des annexes par le streptocoque. La plupart de ces observations auraient été considérées comme salpingo-ovarites stériles si nous nous en étions tenu aux méthodes classiques de recherches : le streptocoque atténué ne cultivait pas dans les milieux ordinaires ; il n'a repris sa vitalité qu'après des inoculations appropriées sur le lapin et la souris (1). D'autre part, le pus ne contenait souvent qu'un nombre si limité de streptocoques que l'examen de plusieurs lamelles ne permettait pas de les trouver tout d'abord ; mais la recherche directe sur les coupes les faisait découvrir au milieu des tissus, dans les régions que nous allons indiquer.

Aussi peut-on considérer que la plupart des salpingites à streptocoques dont les observations ont été publiées, sont celles dans lesquelles ces microbes possédaient une virulence assez considérable ; à côté de ces cas relativement rares, étant donnée l'époque où on intervient chirurgicalement, il faut placer, croyons-nous, un nombre bien plus considérable de cas où ce microbe très atténué est incapable de cultiver sur les milieux artificiels ordinaires.

C'est à l'étranger que le plus grand nombre d'observations de salpingites à streptocoques ont été publiées : Witte (2) en

(1) Nous avons dans notre thèse indiqué la technique que nous avons suivie.

(2) WITTE. *Centr. für Gyn.*, 11 juin 1892.

trouve 4 cas sur 39 examens; Zweifel (1), 3 cas; Schauta (2), 14 cas sur 144 ; Kaltenbach (3) et Eberth, 1 cas ; J. Veit (4), 1 cas; Menge (5), 2 cas sur 26; Boisleux (6), 1 cas sur 42 salpingites dont 33 purulentes ; Schæffer (7), 2 cas dans des abcès de l'ovaire; Orthmann (8), 7 cas sur 8 examens positifs; Wertheim (9), sur 24 examens positifs, un seul cas ; Hartmann et Morax (10), 4 cas; Girode, 2 cas inédits sur 15 salpingites dont 3 seulement avaient donné un résultat positif.

Cette simple énumération permet de voir quelle disproportion existe entre les résultats des différents auteurs; Orthmann, par exemple, trouve sept fois du stretocoque sur huit examens positifs, et Wertheim, sur vingt-quatre examens positifs, ne le trouve qu'une seule fois. Étant donné qu'il s'agit d'un micro-organisme d'une culture fort délicate, on avait lieu de penser qu'une disproportion pareille ne pouvait tenir qu'à des procédés différents de recherches.

Le début de la salpingo-ovarite à streptocoques suit de près les accidents puerpéraux qui la font naître, mais on a rarement l'occasion de l'étudier à cette période. Ou bien la malade meurt, et il s'agit alors le plus souvent d'une infection généralisée qui ne peut déterminer de localisations dans les annexes; ou bien la malade survit aux accidents aigus

(1) ZWEIFEL. *Archiv. für Gyn.*, 1861, Bd. XXXIX, Heft. 3, p. 373.

(2) SCHAUTA. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. XLIV, Hft. 3, p. 574, et *Ann. de gynécol. et d'obst.*, t. XLI, mars 1894, p. 278,

(3) KALTENBACH et EBERTH. *Zeitschr. für Geburt. und Gyn.*, 1889, Band 16, p. 375.

(4) J. VEIT. *Centr. für Gyn.*, 1890, p. 66.

(5) MENGE. Verhand. von Interne congr. Berlin. In *Centr. für Gyn.*, 1890, p. 81.

(6) BOISLEUX. *Verhand. Gesel. für Geb. und Gyn.* Berlin, 24 janvier 1890.

(7) R. SCHÆFFER. *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, Stuttgard, 1890, Bd. XX, Heft. 2, p. 281.

(8) ORTHMANN. *Loc. cit.*

(9) WERTHEIM. *Loc. cit.*; dans les dernières recherches, 9 fois sur 116 examens.

(10) HARTMANN et MORAX. *Ann. de gynéc. et d'obst.* Paris, 1894.

de la puerpéralité et l'on n'intervient généralement que dans la suite.

Une de nos observations fait exception; il s'agit d'une malade ayant une infection subaiguë dont elle ne serait probablement pas morte sans l'état d'anémie profonde où l'avaient placée des hémorrhagies successives.

Dans ce cas, que nous pouvons considérer comme le début de la salpingo-ovarite à streptocoques, les annexes, les ailerons et le ligament large lui-même sont augmentés de volume, distendus et œdémateux.

La distribution des lésions est dès ce moment toute différente de celle que nous avons décrite à propos du gonocoque; dans celle-ci nous avons vu au début une trompe longue et rouge laissant suinter une goutte de pus au pavillon lorsqu'on la comprime; l'ovaire et les ailerons étaient presque normaux.

Au contraire, dans l'infection à streptocoques la trompe est moins atteinte que les régions voisines; l'ovaire est gros et distendu, les ailerons ont une épaisseur plus grande que la trompe même.

Cette localisation à l'ovaire ne fera par la suite que s'accentuer : ce ne seront plus, comme dans la forme blennorrhagique, des lésions périphériques de l'organe, mais des transformations se produisant dans son épaisseur même. Dans presque toutes nos observations nous avons trouvé des abcès ovariens ou des kystes contenant du pus.

Ceux-ci restaient quelquefois indépendants de la trompe; le plus souvent, ils communiquaient avec elle au niveau du pavillon. La collection salpingo-ovarienne dans laquelle la trompe communique avec une cavité purulente creusée dans l'ovaire est, pour nous, la forme la plus fréquente sous laquelle se présente la salpingo-ovarite à streptocoques.

Les adhérences péritonéales ne paraissent pas être localisées autour du pavillon comme dans la forme blennorrhagique. Dans ce dernier cas, les adhérences sont consécutives à l'écoulement du pus par le pavillon; dans la salpingite

à streptocoques, toute l'épaisseur des tissus est intéressée et le péritoine est contaminé par sa face profonde.

Terminons ce résumé des caractères généraux par quelques remarques sur les signes cliniques présentés par la salpingo-ovarite à streptocoques.

Presque toujours on peut faire remonter le début de la maladie à des accidents puerpéraux parfois peu accentués. A ce moment, les symptômes se rapprochent bien plus de ceux du phlegmon du ligament large que de ceux de la salpingite classique : ils diffèrent sensiblement des signes que peut présenter la salpingite blennorrhagique pendant la période aiguë du début.

Notre maître, M. le professeur Trélat, avait coutume d'insister sur l'importance des antécédents personnels dans le diagnostic entre la pelvi-péritonite et le phlegmon du ligament large; celui-ci, disait-il, remonte à un accouchement et celle-là à une blennorrhagie. Aujourd'hui les mots de pelvi-péritonite et de phlegmon ne sont plus pris dans le sens qu'on leur donnait alors, mais la remarque reste fort juste au point de vue clinique; la salpingite blennorrhagique peut au début, en versant du pus et des gonocoques à l'entour du pavillon, créer une irritation du péritoine, puis des adhérences correspondant à ce qu'on décrivait sous le nom de pelvi-péritonite. D'autre part, l'infiltration du ligament large et des annexes par les streptocoques à la suite d'accidents puerpéraux détermine bien au début ce que l'on avait coutume de nommer le phlegmon du ligament large. Les adhérences se constituent de façon tout autre que précédemment, le péritoine étant contaminé par sa face profonde. Si les accidents aigus s'atténuent, on dit que le phlegmon se résoud; en réalité, le phlegmon ne se constitue pas, mais l'infection peut se localiser et laisser comme reliquat une salpingo-ovarite à streptocoques (1).

(1) Nous laissons en dehors de notre étude l'importante question du phlegmon développé *en dehors de toute localisation aux annexes*, soit dans la

Dans toutes nos observations, les deux côtés étaient malades, mais presque toujours les lésions du côté gauche semblaient plus anciennes que celles du côté droit.

Les symptômes physiques perçus par le palper ou le toucher vaginal étaient dus ordinairement aux lésions de l'ovaire, encore plus qu'aux lésions de la trompe.

Quant à la température, elle paraît avoir été assez élevée chez la plupart de nos malades, mais elle était revenue à la normale au moment de l'intervention. Dans les deux cas où l'élévation de la température a été bien nette, peu avant l'opération, nous avons trouvé dans le pus du streptocoque virulent.

Mais c'est surtout après l'opération que la température est intéressante à constater dans cette forme de salpingite. Si on enlève le drain au bout de quarante-huit heures, il est fréquent de voir la température s'élever aussitôt. Il est probable qu'il se fait une légère poussée infectieuse au niveau du pédicule.

Nous avons, en effet, pour plusieurs de nos malades, examiné chaque jour le liquide pris avec une pipette dans le fond du drain. Le lendemain, nous trouvions dans cette sérosité des streptocoques plus nombreux et plus virulents que ceux fournis par le pus même de la trompe. Ces streptocoques diminuaient de nombre les jours suivants ; en même temps, le liquide était envahi par des cocci paraissant venir de la peau.

Ces résultats, conformes à ceux qu'ont obtenus MM. Hartmann et Morax, permettent de conclure avec eux que dans la salpingite à streptocoques le drain devra être conservé quelques jours, alors qu'on peut le retirer dès le lendemain ou le surlendemain dans la salpingite blennorrhagique (1).

---

gaine hypogastrique, soit dans le ligament large proprement dit. — Voir PIERRE DELBET : *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891.

(1) HARTMANN ET MORAX. *Annales de gyn. et d'obst.*, juillet 1894

II. — Distribution des streptocoques dans les tissus

a) *Pus.*

Le liquide purulent fourni par les annexes contient relativement peu de leucocytes, mais un grand nombre de cellules épithéliales desquamées, déformées et ayant souvent perdu leur protoplasma périnucléaire : on trouve souvent aussi des cellules plus profondes, tombées de la charpente des franges dans la lumière.

Les streptocoques sont rarement dans les leucocytes, plus

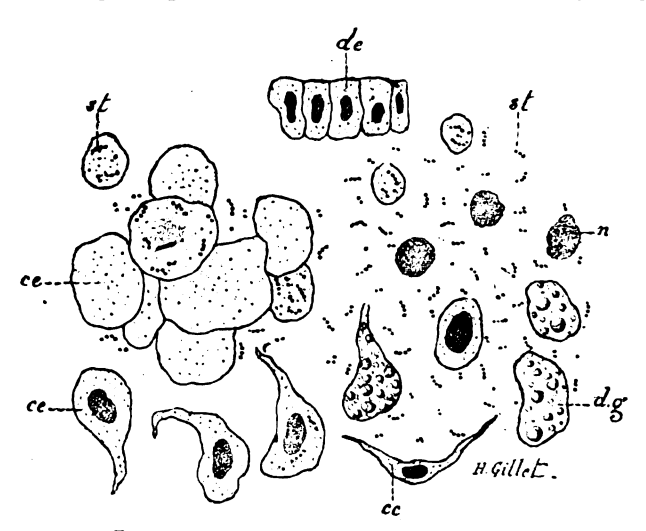


Fig. 1. — Pus d'une salpingite à streptocoques.

d. e., desquamation épithéliale ; *c. e.*, cellules épithéliales desquamées, grossies ; le noyau a quelquefois disparu ; *c.c.*, cellule conjonctive tombée dans la lumière ; *d.g.*, dégénérescence granulo-graisseuse ; *s.t.*, streptocoques.

souvent dans les cellules épithéliales, plus souvent encore libres entre les cellules (fig. 1).

Nous n'avons trouvé qu'un seul cas où ces microbes se soient présentés dans le pus, en grand nombre et en longues chaînettes ; une fois, ils étaient en diplocoques ou en chaî-

nettes de trois éléments, chacun d'eux étant un peu allongé ; ils reprirent, dès leurs premières cultures, leur aspect normal.

b) *Muqueuse*.

Au début la muqueuse n'a subi que de légères modifications ; les cellules épithéliales en place peuvent même avoir gardé leurs cils ; la frange est seulement un peu épaissie et infiltrée de leucocytes.

Même lorsque l'infection n'était pas ancienne, nous avons trouvé des streptocoques dans la lumière de la trompe ; mais Bumm (1) a pu étudier des cas où ces streptocoques, encombrant la muqueuse au niveau du pavillon, ne se trouvaient cependant pas dans la lumière du tiers interne de la trompe. Cette disposition tend elle-même à faire croire que ce n'est pas par la lumière de la trompe qu'a pu progresser l'agent infectieux.

A une période plus avancée de la salpingite et si la trompe reste ouverte, la muqueuse continue à présenter des lésions qui sont peu accusées relativement à celles des autres couches.

Le lymphatique placé au centre de chaque frange (fig. 2) est très dilaté ; il contient des leucocytes et des streptocoques ; l'épithélium est par places (*e*) presque intact, mais il ne présente pas de cils vibratiles.

En certains points (*p*) il se fait une prolifération épithéliale, plusieurs couches se superposent et l'on trouve souvent un groupement de streptocoques au-dessous de cet amas de cellules épithéliales,

Parfois (*d*) cette petite masse épithéliale se détache en bloc et laisse la frange à nu ; on trouve au-dessous les tissus plus ou moins infiltrés de streptocoques. Cette disposition permet de se bien rendre compte du processus qui détermine

---

(1) Bumm. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XL, Hft. 3, p. 398, et *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1892, p. 440.

la chute épithéliale. La cellule de revêtement n'est pas attaquée par sa face libre comme dans la salpingite blennorrhagique : elle est attaquée par sa face profonde. Les

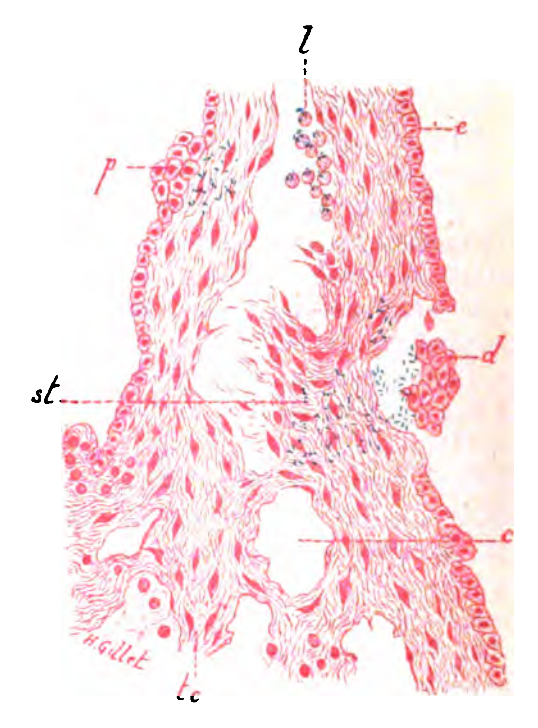


FIG. 2. — Coupe d'une frange dans une salpingite à streptocoques. *t.c.*, tissu conjonctif hypertrophié au centre de la frange ; *e.*, épithélium de revêtement ; *p.*, prolifération de cet épithélium au niveau d'un groupe de streptocoques ; *d.*, desquamation d'un bloc de cellules proliférées ; *st.*, streptocoques groupés au-dessous de ce lambeau desquamé ; l'épithélium est attaqué par sa face profonde ; *l.*, leucocytes dans le lymphatique central de la frange : streptocoques dans le leucocyte. — Mêlées aux courtes chaînes de streptocoques, se voient de fines bactéries : l'ensemencement du pus n'a pas permis de cultiver d'autres espèces que le streptocoque.

cellules ne se détachent pas isolément comme dans l'autre forme, mais en masse et après avoir proliféré

Cette desquamation est si abondante que la lumière est

parfois remplie tout entière de cellules tombées ; celles-ci forment une masse se détachant nettement des franges sur une coupe.

c) *Tissu musculaire et conjonctif. Vaisseaux.*

Les lésions vasculaires et périvasculaires sont celles qui attirent d'abord l'attention ; mais il est délicat de préciser

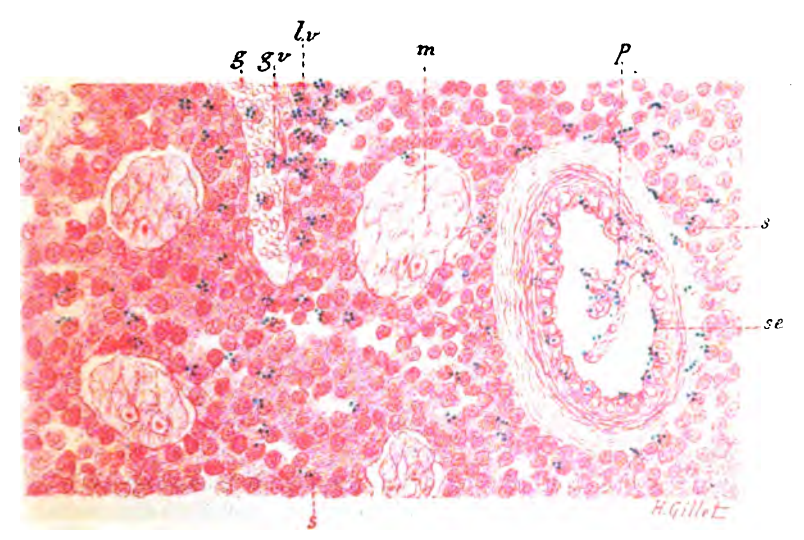


Fig. 3. — Infiltration de la couche musculaire par les streptocoques. *p.*, prolifération arborescente de l'endothélium d'une artériole thrombosée ; les cellules endothéliales sont vacuolaires ; contiennent des streptocoques ; *g.*, globules sanguins dans un capillaire ; *g.v.*, globule blanc situé dans le capillaire, contre la paroi, et contenant des streptocoques dans son intérieur ; *l.v.*, leucocytes contenant des streptocoques et groupés en dehors du capillaire ; *m.*, faisceau musculaire sur une coupe transversale ; un leucocyte contenant des streptocoques a pu pénétrer dans la gaine ; *s.*, streptocoque dans une cellule inflammatoire ; toute la région est infiltrée de ces cellules ; les streptocoques se trouvent surtout à leur intérieur.

les rapports des streptocoques avec les vaisseaux sanguins. Le plus souvent ils se trouvent à la périphérie ; d'autre part, on rencontre parfois de petits vaisseaux thrombosés et des streptocoques dans la thrombose ; parfois, sur la limite de

celle-ci, l'endothélium pousse des prolongements sous la lumière des vaisseaux (fig. 3); des streptocoques se trouvent dans la lumière et hors la lumière.

Nous avons déjà dit qu'il n'y avait pas lieu de s'étonner des rapports étroits trouvés entre l'appareil vasculaire et le streptocoque si les travaux de M. Labadie-Lagrave sont

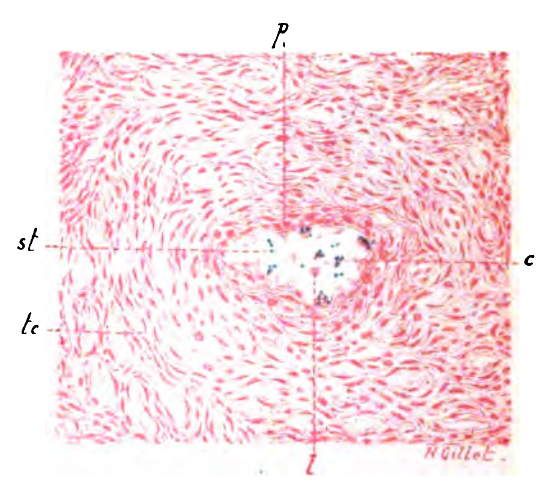


FIG. 4. — Petit abcès miliaire au centre du tissu ovarien. *t. c.*, tissu conjonctif de l ovaire; *p.*, paroi du petit abcès; *l.*, leucocyte; *c.*, cellule du tissu conjonctif tombée dans la cavité et contenant des streptocoques; *st.*, streptocoques.

confirmés, et si, comme il le dit, « c'est au sang qu'est dévolu le soin de détruire et d'atténuer le streptocoque » (1).

Celui-ci se trouve, surtout au début, disséminé dans le tissu cellulaire de l'aileron. On le trouve encore dans le tissu

(1) Dernièrement, M. le professeur Terrier vient d'enlever à l'hôpital Bichat une double salpingo-ovarite suppurée contenant de nombreux streptocoques; l'état général de la malade nécessite des piqûres de caféine; quoique faites aseptiquement, celles-ci déterminent des abcès qui contiennent des streptocoques; la malade qui aujourd'hui est à peu près guérie, n'a pas présenté d'autres localisations de l'infection et la présence du streptocoque dans la circulation, n'aurait pas été diagnostiquée, si celui-ci n'avait trouvé au niveau des piqûres un point favorable à son développement.

cellulaire sous-péritonéal; lorsque des adhérences s'établissent, par exemple entre l'aileron de la trompe et l'aileron de l'ovaire, l'on voit une infiltration cellulaire assez abondante se constituer au-dessous de la séreuse, et lorsque celle-ci a disparu, le point où s'est formée l'adhérence est encore marqué par un groupe de leucocytes mêlés à des streptocoques. On les trouve encore dans l'infiltration cellulaire qui se produit dans la musculeuse entre les faisceaux (fig 3).

d) *Tissu de l'ovaire.*

Nous avons déjà insisté sur ce que l'ovaire était intéressé

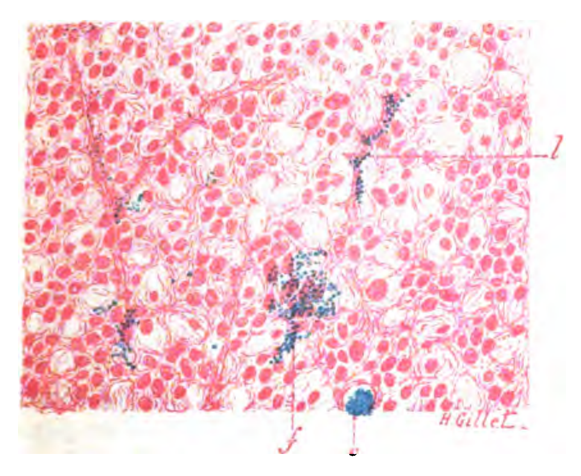


FIG. 5. — Coupe faite dans l'escarre de l'ovaire nageant au milieu de l'abcès. *c.*, capillaire thrombosé par une masse de streptocoques ; *l.*, lymphatique rempli de streptocoques ; *f.*, amas de streptocoques ; on en trouve d'autres isolés dans le tissu ovarien ; le nombre des éléments de chaque chaîne est le plus souvent de trois ou quatre.

en même temps que la trompe ; au début, les streptocoques présentent la même distribution que dans celle-ci ; ils suivent les lymphatiques et accompagnent les vaisseaux sanguins. Mais plus tard se forment dans le tissu de l'ovaire de petits abcès miliaires (fig. 4) constitués peut-être aux dépens

des lymphatiques, ou peut-être dans l'épaisseur même du tissu ovarien.

De même, lorsqu'on trouve une cavité anfractueuse creusant l'ovaire et contenant une escarre, il est bien difficile de savoir s'il s'agit d'un véritable abcès ou de kystes purulents ayant communiqué entre eux et ayant isolé un fragment de l'ovaire; toujours est-il que ce fragment a conservé la struc-

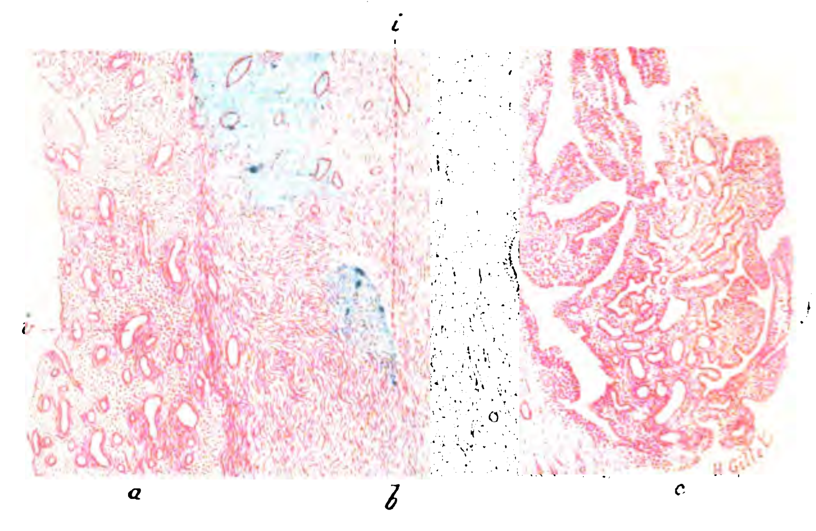


FIG. 6. — Cloison séparant la cavité de la trompe d'un abcès de l'ovaire (faible grossissement).

a., paroi très vasculaire de la poche purulente ; *v.*, un des nombreux vaisseaux de la région, un certain nombre d'entre eux affleurent la surface libre; *c.*, muqueuse; *f.*, frange; *b*; tissu cicatriciel intermédiaire entre la paroi de l'abcès et la muqueuse de la salpingite ; *i.*, des traînées de cellules inflammatoires parcourent ce tissu ; elles sont mêlées à un nombre de streptocoques assez grand pour que la préparation soit à ce niveau teintée en violet.

ture du tissu ovarien et qu'il est parcouru par de nombreuses traînées de streptocoques (fig. 5).

Mais dans un certain nombre de cas le doute n'est pas permis, et l'on se rend bien compte que la cavité purulente est un ancien kyste. On peut trouver dans ses parois un

nombre de streptocoques qui nous a paru généralement plus considérable que celui trouvé dans la muqueuse de la trompe correspondante.

Lorsque l'abcès s'ouvre dans la trompe et que celle-ci, sur une portion de son trajet, adhère à l'ovaire, les deux cavités, salpingienne et ovarienne, sont séparées par une paroi plus ou moins épaisse dans laquelle il est parfois difficile de voir ce qui appartient à l'ovaire. La fig. 6 représente cette disposition : on voit en *a* le tissu très vasculaire qui limite l'abcès ovarien, et en *c* les plis de la muqueuse de la trompe; ces deux régions sont séparées par une couche de tissu conjonctif dense : celui-ci est parcouru par des traînées de cellules inflammatoires au milieu desquelles se trouvent en certains points de nombreux streptocoques.

III. — PATHOGÉNIE DE LA SALPINGO-OVARITE A STREPTOCOQUES

a) *D'où viennent les streptocoques ?*

La puerpéralité est à coup sûr la grande cause de l'infection des annexes par le streptocoque; dans presque toutes nos observations nous trouvons des accidents puerpéraux; pas une seule des malades n'était nullipare ; le plus grand nombre avait eu des fausses couches.

Cependant Kaltenbach (1) a trouvé un cas d'ovarite suppurée à streptocoque chez une vierge ; mais il est impossible d'en lire la description sans conserver des doutes sur la nature des streptocoques qu'il décrit.

Peut-être dans quelques cas (2) a-t-on été en droit de supposer que le streptocoque était venu de l'intestin à la

(1) KALTENBACH et EBERTH. *Zeitschr. f. Geburt. und Gyn.*, 1889, Band. 16, p. 375.

(2) ZWEIFEL rapporte le cas d'une vierge, qui à la suite d'une fièvre typhoïde eut une salpingite adhérente à l'intestin et contenant des streptocoques. *Arch. für Gyn.*, 1891, Bd. XXXIX, Heft. 3, p. 373.

suite d'adhérences, mais ce sont là de rares exceptions et le véritable point de départ du streptocoque est dans la partie inférieure de l'appareil génital. Mais cette espèce microbienne y est-elle toujours apportée de l'extérieur? ou bien, existe-t-elle à l'état de virulence très atténuée dans les organes génitaux de la femme? Les auteurs ne sont pas prêts à s'entendre sur ce point.

Gönner (1) a depuis longtemps prétendu que les lochies de la femme contiennent normalement des micro-organismes pathogènes aussitôt après l'accouchement : staphylocoques à l'état normal, streptocoques dans les métrites septiques.

Bumm (2) au contraire dit n'avoir trouvé dans les sécrétions normales du vagin ni streptocoques, ni staphylocoques.

La place (3) conclut à l'existence des micro-organismes pathogènes existant à l'état normal dans la muqueuse utérine; ce sont les mêmes espèces qu'on retrouve dans la muqueuse pathologique : la virulence seule est modifiée. Samschin (4) arrive à des conclusions bien différentes ; pour lui, les microbes du vagin lui-même n'ont aucune importance à l'état sain et appartiennent à des espèces non pathogènes. Stroganoff (5) est d'un avis analogue : le col utérin ne possède pas de microbes à l'état normal.

Avec Winter (6) nous trouvons encore une autre opinion; le vagin contient toujours des espèces pathogènes, entre autres du streptocoque pyogène de virulence atténuée ; le col contient les mêmes espèces à l'état normal : chez la femme enceinte le nombre de ces micro-organismes augmente, sur-

---

(1) GOENNER. *Société médicale de Bâle*, 7 juillet 1887. *Corresp. Blatt. f. Sch. Aerzt.*, 1887, p. 729.

(2) BUMM. *Centralbl. für Gyn.*, 6 juillet 1889, n° 27.

(3) LAPLACE. *American Journal of obstetr.*, vol. XXVI, p. 231, 1892.

(4) SAMSCHIN. *Deutsche medic. Wochenschr.*, 17 avril 1890, p. 332.

(5) STROGANOFF. St-Pétersbourg, 1893 *Ann. de gyn., et d'obst.*, mars 1894, p. 275.

(6) WINTER. *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, Band. XIV, Heft. 2, p. 443.

tout en ce qui concerne les formes bacillaires. Kaltenbach est d'un avis semblable.

Enfin pour terminer cette énumération d'opinions contradictoires, signalons les conclusions du travail de Krönig (1) : le vagin des femmes enceintes non touchées est aseptique ; la cavité du corps utérin ne contient pas de micro-organismes ; le col de l'utérus non gravide en contient dans la moitié des cas ; 40 trompes d'apparence saine ont été prises sur 31 malades et examinées aussitôt après l'opération ; 29 étaient stériles, 11 déterminèrent des cultures ; dans un des cas où l'utérus fut enlevé avec la trompe, on put retrouver les mêmes espèces dans les deux organes. L'auteur considère cependant cette présence de microbes dans la trompe comme anormale ; la trompe vraiment saine est aseptique. Krönig a trouvé 27 espèces microbiennes dans le canal génital : le plus grand nombre n'étant pas classé.

b) *Par quelle voie pénètrent les streptocoques ?*

Cette question a, elle aussi, donné lieu à une série de travaux. Les uns, comme Monprofit (2) et Macquart Moulin (3), ont pensé que l'infection se faisait toujours par continuité le long de la muqueuse ; c'est à peine si ce dernier auteur fait exception pour l'ovarite. Les autres pensent, avec M. Lucas-Championnière, qu'on doit faire jouer un rôle important aux lymphatiques dans l'infection de la trompe par le streptocoque. Gartner (4) croit que ce rôle peut être attribué en même temps aux lymphatiques et aux veines : ces dernières peuvent même être seules en cause ; cet auteur pense du reste que cette voie n'est pas suivie par les streptocoques seulement, mais aussi par les staphylocoques.

(1) Kronig. *Centralbl. für Gyn.*, 1894, p. 3, et *Ann. de gyn. et d'obst.* mars 1894, p. 273.

(2) Monprofit. Th. Paris, 1888.

(3) Macquart-Moulin. Th. Paris, 1892.

(4) Gartner. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1893 t. XL, p. 198.

C'est encore aux veines que Bumm (1) accorde le rôle le plus important. Dans son travail sur l'endométrite septique, il conclut que les streptocoques pénètrent directement à travers la paroi utérine et que la propagation par l'oviducte est tout à fait exceptionnelle ; cette dernière ne peut avoir lieu que si la trompe déjà malade communique avec l'utérus par un très large orifice. Les veines par lesquelles se fait la propagation sont thrombosées : dans les points où les germes se multiplient commence une désagrégation granuleuse de la masse du thrombus ; en s'éloignant de la caduque, on ne trouve plus dans ce dernier d'autres micro-organismes que des streptocoques qui pénètrent en suivant l'axe du thrombus. Au début, la paroi de la veine paraît normale, mais à mesure que les germes se multiplient elle s'infiltre de cellules inflammatoires. La disposition des veines du ligament large est la même que celles de ces veines utérines.

C'est encore aux voies lymphatiques et sanguines que Giglio (2) fait jouer le plus grand rôle dans l'infection ascendante du streptocoque : il réserve la muqueuse aux infections descendantes qui, dit-il, se produiraient assez souvent de la trompe à l'utérus.

Nous avons suffisamment insisté déjà, pour qu'il soit inutile d'y revenir, sur l'infection parallèle des vaisseaux lymphatiques et sanguins par le streptocoque ; nous avons vu quel manchon inflammatoire pouvait se former autour du vaisseau sanguin et quelle difficulté il y avait souvent à savoir lequel avait été le premier atteint.

Quant à l'infection par continuité le long de la muqueuse, nous la considérons en tout cas comme exceptionnelle. Lors même que dans certains cas le streptocoque pénètrerait par cette voie, comme le gonocoque, il s'y comporterait du moins

---

(1) Bumm. *Arch. für Gyn.*, 1891, Bd. XL, Hft. 3, p. 398, et *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1892, p. 440.

(2) Giglio. *Annali di obst. e Gynécol.* Milano, 1893, p. 491. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1894, p. 265.

de façon absolument différente, et tandis que celui-ci reste à la surface de la muqueuse et y appelle les leucocytes, le streptocoque le traverse aussitôt pour pénétrer plus profondément.

c) *Infection mixte.*

Nous laissons de côté les cas où une infection à bacterium coli est venue se greffer sur une infection à streptocoques, et les cas où ceux-ci sont accompagnés de microbes saprophytes. Mais nous devons nous poser la question de l'influence du gonocoque sur le streptocoque.

Witte (1) qui a traité cette question, a constaté le développement de streptocoques nombreux et virulents dans l'urèthre blennorrhagique d'une femme ; il a publié, d'autre part, le cas d'une salpingite contenant des gonocoques et des streptocoques.

Wertheim, qui tend à nier l'importance des infections mixtes, a cependant publié une observation analogue ; il a même constaté le développement abondant de streptocoques dans le vagin d'une femme au cours de la blennorrhagie.

Döderlein affirme l'influence que peut avoir le gonocoque sur le streptocoque.

Cette question n'est pas intéressante seulement à cause de la double infection de la trompe par ces deux microbes, mais aussi à cause du développement de streptocoques, que la blennorrhagie vaginale ou utérine peut déterminer sur place.

Plusieurs auteurs, Krönig (2) en particulier, ont insisté sur la fièvre que présentent les blennorrhagiques à la suite de leurs couches ; c'est une observation que nous avons pu nous-même faire plusieurs fois ; mais il n'est pas démontré

(1) Witte. *Centr. f. Gyn.*, 11 juin 1892, et *Zeitschr. f. Geburt.*, 1893, Bd. XXV, p. 1.

(2) Krönig. *Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 8, p. 157.

que le gonocoque soit la cause même de la fièvre et ne soit pas seulement un agent favorable au développement du streptocoque; c'est à ce dernier qu'il faudrait alors attribuer l'élévation de température.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES PAR LES VIBRATIONS MÉCANIQUES RAPIDES

Par le Dr **M. Bourcart**, Privat-Docent à l'Université de Genève.

Depuis mon voyage à Stockholm, en 1891, j'ai eu souvent l'occasion d'appliquer la méthode de Thure-Brandt, obtenant dans certains cas des succès très durables, même définitifs; et d'autres fois, il faut l'avouer, rencontrant des difficultés considérables malgré une grande patience ainsi qu'une grande exactitude dans l'emploi de la méthode.

Ces dernières années, les publications se sont multipliées, les voyages à Stockholm ont été nombreux, et la pratique du massage est entrée définitivement dans nos mœurs gynécologiques.

Les rétroflexions et rétroversions sont les affections qui donnent souvent le plus de peine au médecin masseur, malgré quelques brillants succès. L'utérus peut être libéré de toutes ses brides, et néanmoins retomber désespérément en arrière. Il est vrai que dans ces cas Brandt nous dit : « Ne vous découragez pas, continuez votre massage, des semaines et des mois s'il le faut ! »

Mais hélas, nous n'avons pas dans nos veines le calme et la tranquillité de l'illustre maître suédois, dont la patience n'a pas de bornes; nos malades sont aussi plus pressées que les siennes, et n'attendent pas une guérison trop éloignée, laissant de côté le médecin et ses promesses lointaines.

Il est de ces cas invétérés qui ont coûté plus d'une sueur au médecin, l'utérus ne voulant plus quitter sa mauvaise place si ce n'est pour y revenir, et forcément l'on s'adresse

au pessaire de triste réputation. D'autres fois les séances ne peuvent être répétées, l'utérus devenant sensible, et l'arrêt du traitement manuel s'imposant immédiatement.

La guérison des rétrodéviations n'est cependant pas toujours aussi difficile, et bien des utérus reprennent une position normale sans trop de difficultés. Il fallait cependant chercher à gagner du temps et augmenter les chances de succès.

Ayant été frappé des résultats obtenus dans la résorption

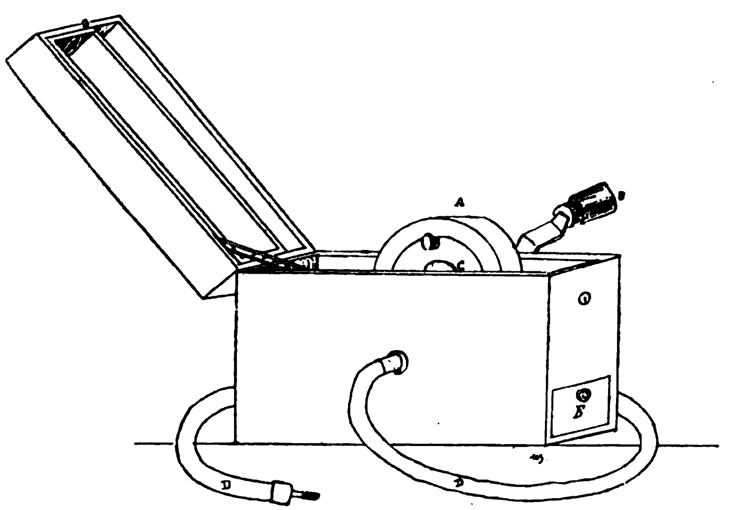


Fig. 1. — Moteur à main de Liedbeck. — *A*, roue multiplicatrice; *B*, manivelle; *C*, deuxième pignon multiplicateur; *D*, arbre souple; *E*, tiroir pour les extrémités. Le manche se met dans le couvercle.

d'infiltrations du tissu cellulaire, avec l'emploi du vibrateur de Liedbeck (de Stockholm), transformé par moi, en vibrateur très rapide au moyen d'un moteur électrique, j'essayai de l'employer dans un but directement gynécologique, c'est-à-dire dans le massage de l'utérus et de ses annexes.

Les vibrations manuelles étaient déjà employées par Brandt et Kellgren, en vue de faciliter la résorption des exsudats et de diminuer la douleur; mais les vibrations

manuelles sont toujours un peu fatigantes, et ne peuvent être répétées très longtemps de suite; elles n'ont jamais la vitesse et la régularité des vibrations mécaniques.

Les vibrateurs à moteurs, autres que l'ingénieux appareil

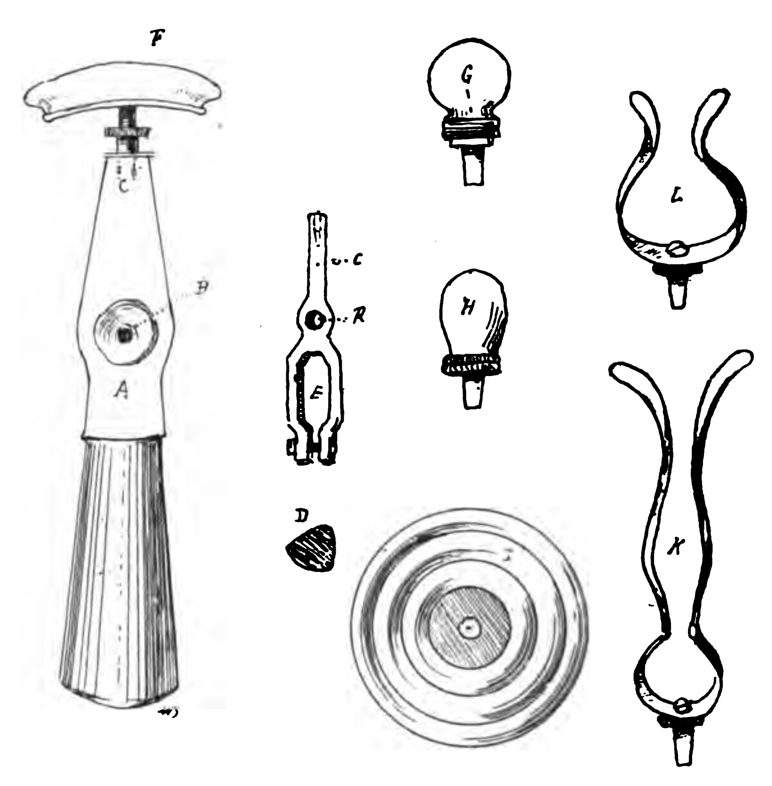


Fig. 2. — Manche *A*. L'arbre souple se visse en *B*. — C, pièce en acier dans laquelle tourne un excentrique *D* et produit les secousses en faisant pivoter *C* à droite et à gauche autour d'un axe *R*. Les différents contacts *F. G. H. I. L. K.* se fixent à l'extrémité de *C*. — Pour plus de détails, consulter la brochure de Liedbeck sur son vibrateur.

de Liedbeck, ne sont pas applicables à la gynécologie, ou tout au moins au massage de l'utérus.

Le vibrateur de Liedbeck, admirablement imaginé comme simplicité de mécanisme, très transportable, permet, au

moyen de son arbre souple, de porter les vibrations sur toutes les parties du corps; ses applications sont très intéressantes et des plus variables. Son moteur transportable marche à la main; les vibrations sont par là même un peu irrégulières et saccadées. Ses vitesses sont surtout de beaucoup inférieures aux nôtres; l'extrémité de ses contacts

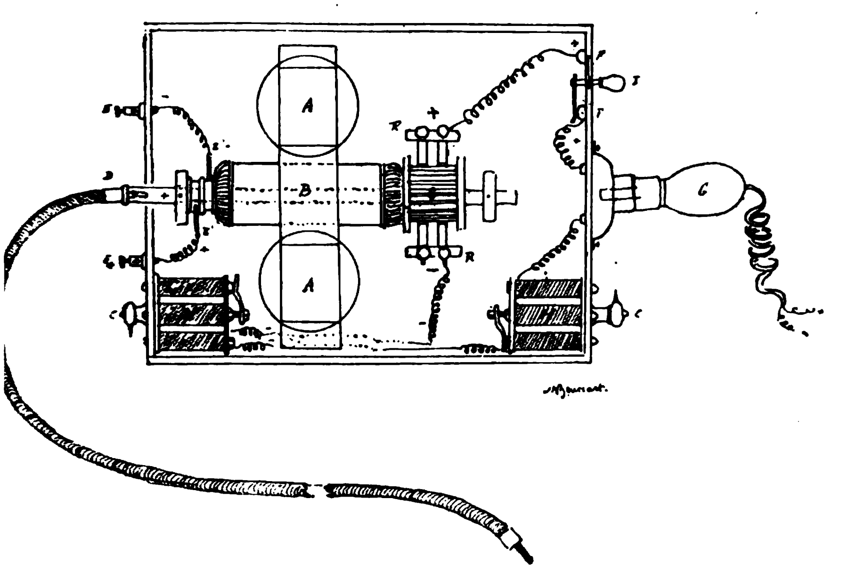


Fig. 3. — Moteur dynamo-électrique à courant constant. A. B. — *D*, arbre taraudé à gauche pour recevoir l'arbre souple; *H. H*, résistances pour régler le courant; on en supprime généralement sept à huit; *G*, prise de courant; *S*, collecteur; *R*, charbons; *E. E*, bornes pour recevoir le courant alternatif collecté en *É.É*, par de légers ressorts à friction; *I*, commutateur.

parcourt un chemin de va-et-vient relativement considérable, sa vibration est plus latérale, et par là même un peu moins profonde.

Pour les vibrations de l'utérus il faut une rapidité considérable, une grande régularité, beaucoup de finesse et de pénétration.

J'ai remplacé le moteur à main par une petite dynamo,

transportable, actionnée par le courant de la station centrale d'électricité consommant 6/10 d'ampère, c'est-à-dire qu'elle peut être adaptée à la place d'une lampe de 16 bougies à 110 volts (voy. fig. 3).

Au moyen de ce moteur nous pouvons faire facilement de 240 à 3,000 tours à la minute, et par là produire avec le vibrateur de Liedbeck 1,500 à 18,000 vibrations à la minute. (Un tour d'axe donne six déplacements du contact.)

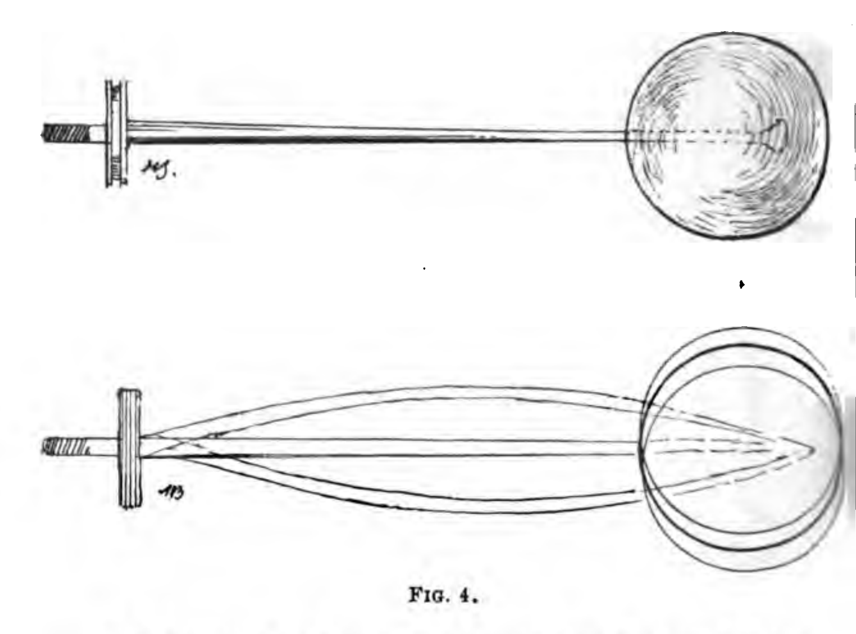


Fig. 4.

Les contacts de Liedbeck peuvent tous s'adapter à ces vitesses, mais ils doivent être pourvus d'un pas de vis, de façon qu'ils ne sortent pas de la pièce C (fig. 2).

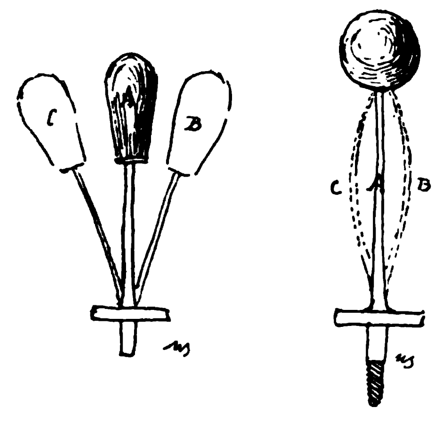
J'ai cependant changé les contacts de Liedbeck, ceux-ci étant un peu trop durs pour les grandes vitesses, et le déplacement de l'extrémité devant être à peu près nul. J'ai construit un contact formé d'une tige souple en acier, portant à son extrémité une boule de caoutchouc plein.

La vibration se produit dans la tige souple, de manière à

former un « nœud » et un « ventre » comme dans les vibrations musicales; la boule se trouve au niveau du nœud, reçoit les vibrations et les transmet sans se déplacer (voyez fig. 4).

L'onde vibratoire varie suivant la vitesse, et aussi suivant la longueur de la tige d'acier (ou de baleine), et du point où l'on intercepte l'onde (au moyen d'un pincement par exemple).

La tige doit être plus ou moins souple, selon la vitesse et le degré de force employés pour appuyer le contact; celui-



(Fig. 5.

ci assez lourd pour former le point mort. L'on peut se rendre compte de la différence des vibrations de Liedbeck et des miennes, par la figure schématique suivante (fig.5).

La tige du contact généralement employé, a 8 à 10 centim. de long, et est de la grosseur d'une aiguille à tricoter, les contacts plus doux ont une tige graduellement amincie.

Les vitesses imprimées au moteur, varieront suivant la résistance de l'appui, de la sensibilité du sujet ou de la délicatesse de l'organe à masser; elles vont de 8,000 à 12,000 pour l'utérus et ses annexes, les exsudats, etc.; pour les

vibrations de la région lombaire et sacrée, du bassin, du périnée, de 10,000 à 16,000 à la minute.

L'emploi du vibrateur n'exclut par le massage bimanuel, et l'emploi de tous les divers mouvements de gymnastique suédoise qu'il est bon de joindre au traitement ; mais, comme je l'ai dit plus haut, les vibrations rapides facilitent la tâche du médecin, en lui procurant des résultats plus rapides et plus durables, et lui permettent d'obtenir des succès quelque fois inespérés.

Un exsudat met quatre ou cinq fois moins de temps à se résorber qu'avec le massage simple ; l'utérus change de consistance sous l'effet des vibrations, les « contractions » des ligaments se relâchent, la fibre musculaire et le système nerveux y sont spécialement sensibles.

Le massage avec le « *vibrateur rapide* » doit être fait très prudemment, les séances de très courte durée, une à trois minutes au début, pouvant aller dans la suite de cinq à dix minutes ; cependant les malades le supportent mieux que le massage manuel, si doux soit-il, les vibrations très rapides amenant une certaine anesthésie.

Les vibrations ont en outre l'avantage de se très bien transmettre à travers des parois abdominales épaisses de plusieurs centimètres, comme chez certaines femmes grasses, ou de chasser chez d'autres les anses intestinales qui peuvent se trouver sous les doigts et provoquer de la douleur.

Pour masser avec le vibrateur, il faut procéder comme dans le massage bimanuel de Brandt. Placer sa malade dans la position demi-couchée, sur un canapé bas, le ventre à découvert, les genoux fléchis ; se placer à sa gauche, introduire l'index dans le vagin, les autres doigts écartés dans le sillon fessier ; pratiquer la palpation en ayant soin de se tenir sur un tabouret plus élevé que la malade ; le médecin devant profiter du poids de son corps de façon à ne pas fatiguer son bras et altérer sa sensibilité tactile.

La main droite tient le vibrateur et l'applique sur l'abdo-

men, le courant du moteur peut être réglé par la malade ou par le médecin avec facilité.

Le vibrateur peut être arrêté immédiatement, sans abandonner sa place, grâce au même système électrique.

On sent très bien la boule du vibrateur avec le doigt intérieur à travers les parois abdominales, et comme dans le massage de Brandt, c'est lui qui contrôle le contact extérieur, ou plutôt c'est lui qui présente au vibrateur les

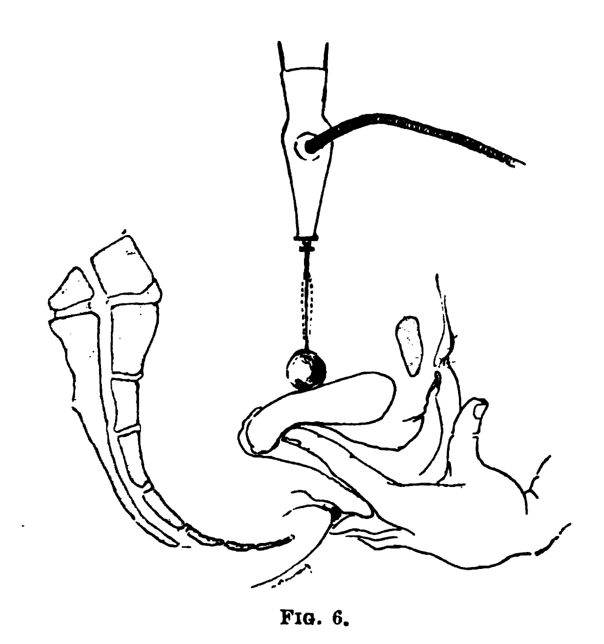


Fig. 6.

parties à masser, utérus, ovaire, trompe ou ligament (voyez fig. 6).

Sous l'effet des vibrations, un utérus atteint de subinvolution, suites de couches, par exemple, change rapidement de volume, et reprend une tonicité et une grandeur normales ; le relâchement des ligaments disparait.

Appliqué sur une bride, le vibrateur permet de la distendre, de la décoller ou de la rompre même (si le volume de celle-

ci n'est pas trop considérable) au bout d'un temps variable, mais bien inférieur à celui du massage manuel simple; du reste, je le répète, celui-ci doit toujours être combiné aux vibrations, et généralement leur succéder.

Les vibrations appliquées sur l'ovaire directement, font diminuer les douleurs, et contribuent, dans les luxations de celui-ci, à ramener de la tonicité dans ses ligaments et à le décongestionner.

Le massage de la trompe, très difficile à la main, est ici plus facile, le contenu chassé par la force centrifuge des vibrations, est expulsé du côté de la cavité utérine lorsque l'on a soin de bien diriger son instrument. Il faut dire de suite que je ne parle ici que de certains cas spéciaux, tout à fait chroniques, et où les trompes sont peu distendues, et « l'ostium uterinum » non oblitéré.

Dans les déviations en arrière, après avoir réduit l'utérus en avant, il faut faire « vibrer » l'utérus, du col à l'isthme et du fond vers le centre, puis attaquer les côtés au niveau des ligaments larges ; et masser les ligaments sacro-utérins en dernier lieu ; nous verrons plus bas qu'il est bon de « vibrer » en outre les régions lombaires et sacrées, et les parties latérales du bassin.

Dans l'antéflexion, il faut ramollir l'utérus et le redresser en appliquant le vibrateur au niveau du pli de flexion.

La vibration rend des services signalés dans les métrorrhagies, elle doit être de très courte durée, très rapide, très fine, avec le contact doux.

Les vibrations très rapides amènent au premier abord une contraction des fibres utérines, font resserrer les vaisseaux et chassent le sang veineux; lorsque la vibration est de longue durée elle amène un certain relâchement, une détente dans le muscle utérin, et surtout calme les douleurs; elle sera d'un grand secours dans la dysménorrhée et l'aménorrhée (combinée à des vibrations des régions lombaires et sacrées, et au traitement général).

Je tiens à être très bref sur les nombreuses applications

des vibrations et reviendrai plus tard sur cette méthode et ses perfectionnements, quand l'expérience aura fait toutes ses preuves.

Dans le prolapsus, dans la cystocèle et la rectocèle, en un mot dans les divers relâchements de la fibre élastique, dans la diminution ou la disparition de l'élément musculaire lisse des divers ligaments, le vibrateur vient puissamment en aide au massage.

Pour le prolapsus total, ou seulement la descente de

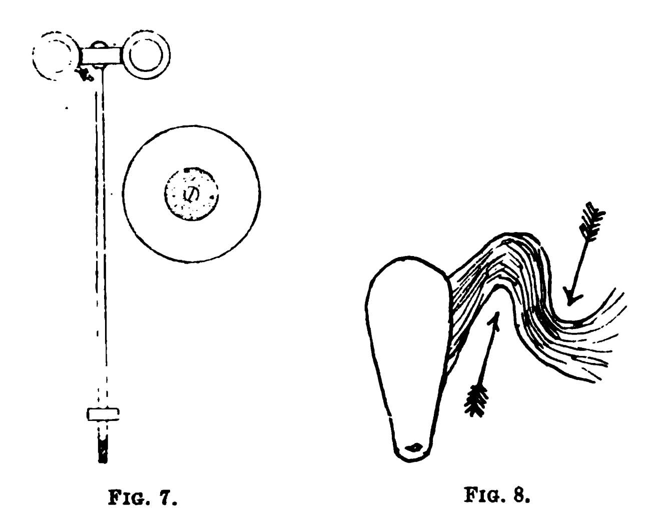


FIG. 7. FIG. 8.

l'utérus, après l'avoir réduit, je masse l'organe lui-même et ses ligaments; la tonicité de ceux-ci change au bout de peu de temps; je puis facilement me passer par ce moyen des « élévations » de Brandt.

J'ai pratiqué le massage vibratoire vaginal direct, en introduisant le contact à boule dans le cul-de-sac antérieur ou postérieur suivant les cas. J'ai même fait construire un contact formé d'un pessaire à air, qui se gonfle au moyen d'une poire ou peut se remplir d'eau et est monté sur une longue tige de baleine (voy. fig. 7); je l'applique au fond du

vagin et je le mets en mouvement, tout en refoulant doucement en haut l'utérus, maintenu en antéversion.

Dans d'autres cas, je remplace l'élévation de Brandt, qui doit toujours être pratiquée avec un aide, par une manipulation qui consiste à introduire deux doigts dans le vagin, de placer la pulpe de chacun d'eux latéralement des deux côtés de l'utérus maintenu en antéversion, et de refouler ensuite avec la main extérieure, en dehors de chaque doigt, le ligament dans une direction inférieure, de façon que le ligament soit étiré en sens contraire des deux côtés en forme d'∽ renversé (voy. fig. 8).

La manœuvre peut aussi se faire en introduisant un seul doigt, et en pressant chaque côté l'un après l'autre.

Il va sans dire, que je ne prétends pas maintenir du premier coup un utérus qui n'a plus de soutien et un plancher pelvien en trop mauvais état. La matrice ne resterait pas indéfiniment en place, comme on l'a prétendu dans certains cas; si l'on veut par le massage rendre la souplesse aux tissus, et faire résorber l'infiltration, il faut aussi avoir le courage de prendre le couteau et l'aiguille et réparer ce qui est déchiré. J'insiste ici pour dire que je ne fais pas du massage une panacée, mais un excellent adjuvant du gynécologue, qui doit être chirurgien avant tout. Du reste, les opérations réussissent beaucoup mieux quand on les a fait précéder d'un bon traitement rationnel.

Le vibrateur rend encore des services dans les tumeurs fibreuses, d'un volume modeste, et que le médecin ne désire pas extirper ou que la malade préfère conserver sans trop de dangers. Les métrorrhagies sont diminuées, et à la longue le volume de la tumeur s'amoindrit, le tissu utérin se contractant et la nutrition de la tumeur étant ralentie. J'ai eu plusieurs cas d'amélioration dans ce sens.

J'ai employé dans quelques cas, les vibrations rapides intra-utérines, au moyen d'un contact spécial, composé d'une tige rigide, à l'extrémité de laquelle est une partie souple, formée d'un ressort enfermé dans un tube de caout-

chouc, et terminé par un petit cône de bronze (voyez fig. 9).

Les vibrations doivent en être très rapides, mais sont excessivement douces ; suivant l'endroit où l'on pince la tige du contact, il se produit des ventres et des nœuds différents, c'est-à-dire que l'extrémité peut produire des battements de pendule, ou des vibrations sur place ; la souplesse du contact lui permet de s'adapter à la forme de la cavité utérine. Les résultats semblent très favorables dans certains cas d'endométrite, mais ici, plus qu'ailleurs, les études demandent à être encore approfondies ; mais les vibrations rapides semblent être appelées à un certain avenir.

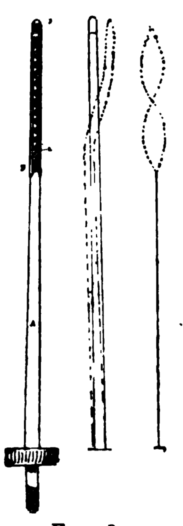


Fig. 9.

Dans le traitement général, les vibrations sont très employées. Dans la neurasthénie féminine, par exemple, en application le long de la colonne vertébrale, dans le massage des différents organes de la cavité abdominale (dilatations, dyspepsies, constipations, entéroptose).

Dans les migraines (vibrations sur les nerfs), dans la céphalée (Charcot), l'action du vibrateur est en général très puissante sur l'innervation vaso-motrice. Son emploi sera décrit dans ma prochaine publication sur la neurasthénie féminine, et son traitement par le massage.

L'emploi du moteur électrique permet dans certains cas d'employer l'électricité combinée aux vibrations (courant alternatif) ; je me sers du vibrateur comme l'un des pôles, en transmettant par l'arbre souple le courant dans un contact en métal recouvert de peau, et en prenant l'autre pôle à la borne E (voyez fig. 3) ; et l'appliquant en un point voulu, je puis aussi me servir des deux bornes avec ou sans vibrations.

La machine est facilement transportable et peut aussi être employée avec des accumulateurs ; cependant je préfère faire mes différentes opérations de massage dans mon cabinet, où j'ai une installation spéciale.

Je termine ici ces quelques notes sur une nouvelle manière d'employer les vibrations, et surtout l'appareil de Liedbeck, et serai tout disposé à donner plus de renseignements à ceux de mes confrères qui s'intéressent à cette méthode.

REVUE CLINIQUE

SYMPHYSÉOTOMIE
GUÉRISON DE LA MÈRE. ENFANT VIVANT

Pratiquée par le professeur **Abilio di Mascarenhas**, de l'École médico-chirurgicale de Lisbonne.

Le 13 novembre 1894, vers 11 h. 30 du matin, nous avons examiné une femme qui était à la Maternité Sainte-Barbe depuis la veille 6 heures du soir, sans que le travail eût fait de progrès. C'était une primipare, âgée de 29 ans, n'ayant pas connu ses parents.

Elle nous a dit avoir marché à 5 ans et avoir eu ses premières règles à l'âge de 16 ans.

Dernières règles à la fin de février.

Petite, chétive, rachitique, elle présentait les mensurations suivantes :

Taille		$1^{m},24$
Diamètres :	Conjugué externe	16 centim.
	Bi-iliaque	22 —
	Bi-épineux	19,9 —
	Bi-ischiatique	7 —
	Bi-trochantérien	25,6 —
	Conjugué diagonal	7,5 —

Au palper, nous avons constaté la tête fœtale libre au-dessus du détroit supérieur, en partie sur la fosse iliaque droite.

Au toucher la dilatation était de 1 centimètre et demi à 2 centim., la poche des eaux intacte, la tête élevée.

Le promontoire était facilement accessible ; le conjugé diagonal mesurait 7 centimètres et demi.

Nous avons décidé de pratiquer la symphyséotomie et tel a été l'avis de notre collègue, Amor de Mello, qui examina la femme avec nous.

A 5 heures du soir, nous avons pratiqué un nouvel examen. Les douleurs avaient diminué ; le travail restait stationnaire.

A 11 h. 30 du soir, le travail était très avancé.

Opération. — Début de l'anesthésie vers 1 heure du matin.

Incision à 1 centimètre et demi au-dessus de la symphyse jusqu'au clitoris, en déviant à gauche de celui-ci.

L'index gauche est introduit dans la cavité de Retzius et décolle les parties molles ; avec l'index droit, introduit au-dessous du ligament triangulaire, nous complétons l'isolement de la symphyse.

Introduction d'une sonde dans l'urèthre pour le dévier de côté.

En conservant l'index gauche en place derrière la symphyse, nous avons attaqué le cartilage interpubien d'avant en arrière et de bas en haut ; ensuite ayant pénétré par la partie supérieure du cartilage, en introduisant le bistouri derrière la symphyse, nous avons terminé la section de bas en haut et d'arrière en avant.

Après la section complète du ligament sous-pubien, les pubis s'écartent rapidement de 2 centim.

Pas d'hémorrhagie importante. Tampon de gaze iodoformée dans la plaie.

Pressions sur la tête fœtale pour produire l'engagement, ce qui est facilement obtenu.

La poche des eaux se rompt à ce moment et, la dilatation étant suffisante, on fait immédiatement une application du forceps de Pajot, saisissant la tête en position intermédiaire à GT et GA.

Pendant l'extraction, qui fut rapide, l'écartement des pubis ne dépassa pas 4,5 centim.

Délivrance artificielle immédiate, suivie d'une abondante injection intra-utérine avec du sublimé au 1/4000 et d'une seconde injection à l'eau boriquée.

Points de suture profonds au fil d'argent et superficiels à la soie phéniquée. Iodoforme.

Large bande pour maintenir les pubis réunis.

Le 17, on remplaça cette bande par un bandage en peau capitonné.

Le fœtus est né dans les meilleures conditions.

Diamètres :	Mento-maximum	13,5 centim.
	O.F.	12 —
	S.O.B.	9,5 —
	Bi-P.	9,5 —
	Bi-T.	8 —

Suites de couches. — Les 14, 15, 16, 17 et 18. Suites de couches normales. Température oscillant entre 37° et 38°. 38° une seule fois, le 17 à 8 heures soir.

Le 19. A 8 heures du matin, température 41°,2. Pas de selles depuis l'opération. Purgatif. Température baisse à 37° à 2 heures du soir. Lochies normales. Pas de sensibilité de l'abdomen. Plaie en bon état. Selles abondantes. On enlève un point de suture profond.

Les 20 et 21. Bon état général et local. Température entre 36° et 37°,5. On enlève les autres points profonds.

Le 22. Température 38°, à 2 heures du soir. Urine très chargée. Lavage de la vessie à l'eau boriquée. Benzonaphtol et sulfate de quinine.

Le 23. On enlève les points superficiels. Réunion parfaite. Température normale.

Le 24. Selles diarrhéiques. Salicylate de bismuth. A 6 heures du soir, température 39°,1.

Le 25. Température normale. Pas de diarrhée.

Les 26, 27 et 28. État local bon. Température entre 37° et 39°,3. 1 gr. de sulfate de quinine par jour.

Le 29. Température matin, 37°. Température soir, 39°. Injection intra-utérine avec du sublimé (1/4000) suivie d'une autre à l'eau boriquée (4/100) et entraînant quelques détritus ressemblant à des lambeaux de caduque. Sulfate de quinine.

Le 30. Nouvelle injection pareille à la précédente; le liquide sort clair.

Le soir, injection intra-utérine avec du permanganate de potasse (1/2000). Sulfate de quinine.

Le 1er, 2, 3, 4 et 5 décembre. Température irrégulière entre 36° et 39°.

Le 6. On ne fait plus d'injections intra-utérines. La malade se trouve bien et mange avec appétit. On constate de la respiration rude au sommet droit.

Du 7 au 15. Température entre 36° et 38°,5. Quelques selles diarrhéiques.

Le 16. Irrigation rectale abondante, contenant de la teinture de camphre et de benjoin.

Le 17. Même traitement.

Les 18, 19 et 20. La température atteint à peine deux fois 38°.

Le 21. La malade se lève. Après quelques jours elle marche parfaitement. Elle se trouve affaiblie, tousse, et malgré le régime fortifiant auquel elle a été soumise, a beaucoup maigri.

A l'auscultation on constate de la crépitation et du souffle au niveau du sommet droit.

Le 27 janvier, elle quitte l'hôpital.

Il y a dans cette observation deux points importants. Le premier concerne l'opération, le second les complications des suites de couches.

Opération. — Si la symphyséotomie est aujourd'hui regardée

comme une opération viable en Europe et en Amérique, cela est dû à la propagande faite par Pinard.

Malgré la connaissance des statistiques étrangères il n'est pas étonnant qu'en Portugal, la symphyséotomie n'ait pas été admise parmi les opérations obstétricales courantes, car l'évidence éloquente des faits nous manquait.

Cette évidence doit exister aujourd'hui.

L'opération dont nous nous occupons nous a démontré, bien mieux que la première que nous avons pratiquée il y a deux ans, que la symphyséotomie est une opération qui ne présente aucun danger.

Dans notre première opération il y eut une hémorrhagie rapide et abondante dès qu'on eut incisé les téguments (!), hémorrhagie due au développement veineux considérable. Quelques vaisseaux atteignaient le diamètre d'un porte-mine.

La déchirure du vagin a été aussi une cause d'hémorrhagie abondante.

Cependant la cause de la mort de notre opérée n'a pas été seulement l'anémie aiguë; il faut considérer le choc traumatique chez une femme faible, l'influence de l'anesthésie (les vomissements ont persisté jusqu'à la mort) et le rapide développement de lésions tuberculeuses anciennes et latentes.

L'autopsie démontra nettement l'innocuité de l'opération en elle-même.

On ne trouva pas de lésions des symphyses sacro-iliaques, ni des parties molles. L'utérus, les trompes, les ovaires et le péritoine étaient en parfait état.

L'examen bactériologique resta négatif.

La mort de cette femme doit être attribuée à l'action du choc traumatique compliqué d'hémorrhagie abondante sur un organisme affaibli et tuberculeux. Toute autre intervention chirurgicale aurait eu les mêmes suites. La symphyséotomie n'est donc pas responsable de ce décès. Convaincu que la symphyséotomie est une opération sans aucune gravité qui doit remplacer les malheureuses applications de forceps et les embryotomies évitables, en rentrant dans la pratique courante des interventions obstétricales, nous n'avons pas hésité à opérer la femme qui s'est présentée à notre examen le 13 novembre.

La consolidation de la symphyse s'est produite rapidement

malgré l'insuffisance du bandage qu'on était obligé de déboucler souvent pour faire les pansements et lavages. La malade même l'a débouclé pendant une nuit.

A l'époque, nous ne possédions pas le compresseur métallique de Pinard.

La symphyséotomie pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques est une opération qui n'offre pas le moindre danger, rend facile l'application de forceps, évite d'autres opérations difficiles et dangereuses et enfin, permet de sauver la mère et d'avoir un enfant vivant.

L'accoucheur qui ne la pratiquera pas lorsque les indications seront formelles, commet un véritable crime chirurgical.

Suites de couches. — L'interprétation des complications morbides survenues pendant les suites de couche n'a pas été facile.

La première élévation de température à 41°,2, le sixième jour, disparut à la suite d'un purgatif nécessité par la constipation. Nous avons pensé que ce ne serait qu'un accès de fièvre stercorale, bien que la température fût trop élevée.

Jusqu'au 22, l'état général est bon. A deux heures du soir 38°. Les urines étant très chargées, on attribue cette élévation de température à une cystite et on lave la vessie à l'eau boriquée.

Les urines deviennent normales; cependant la température reste élevée et présente de grandes oscillations. Quelques selles diarrhéiques se produisent.

Craignant une infection d'origine utérine malgré les oscillations de la température qui est descendue quelquefois à 36°, on fait des injections intra-utérines d'abord au sublimé, après au permanganate depuis le 29 novembre jusqu'au 5 décembre.

Malgré ce traitement, l'irrégularité de la température se maintient, 36° à 39°.

L'examen de l'utérus et de ses annexes, ainsi que celui de la région pubienne, ne nous ayant démontré rien d'anormal, nous avons écarté l'hypothèse d'infection puerpérale ou opératoire.

L'examen minutieux de tous les organes et appareils ne fait constater que la rudesse de la respiration au sommet droit.

Comme il y avait un peu de tuméfaction gingivale accompagnée d'un léger ptyalisme, on pense à la possibilité d'une intoxication par les antiseptiques.

Les selles diarrhéiques font soupçonner l'existence d'ulcérations

intestinales dues au sublimé, permettant l'absorption des toxines ; d'où l'élévation thermique.

On prescrit alors des irrigations rectales abondantes avec du camphre et du benjoin.

Soit par pure coïncidence, soit qu'il y eût indication réelle à ce traitement, la malade s'améliore, la fièvre tombe, la diarrhée disparaît et l'appétit revient, et le 21 décembre la malade se lève.

De tout cet exposé il ressort l'incertitude dans l'interprétation des phénomènes symptomatiques présentés par la malade.

La fièvre, attribuée d'abord à la constipation et successivement à une cystite, à l'infection utérine et à une intoxication médicamenteuse, cette fièvre qui nous a embarrassé ainsi que tous ceux qui ont examiné la malade, nous fut enfin expliquée d'une manière certaine.

En effet, l'auscultation pulmonaire nous révéla chez la malade absolument guérie de l'opération, l'explosion de manifestations tuberculeuses : crépitation au sommet droit, rudesse de la respiration à gauche, respiration prolongée, irrégulière.

L'amaigrissement et les accès fébriles complètent ce cortège symptomatique (1).

REVUE GÉNÉRALE

DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT DE L'OSTÉOMALACIE

(NOTE COMPLÉMENTAIRE)

Par le Dr **R. Labusquière.**

Suite et fin (2).

II

Dans une revue antérieure, après avoir résumé les diverses théories pathogéniques de l'ostéomalacie et les traitements multiples institués contre cette affection, nous nous

---

(1) Traduit de la *Revista de Medecina e cirurgia*, n° 5, 10 mars 1895. Lisbonne.

(2) *Ann. de gyn. et d'obst.*, mai 1895, p. 415.

sommes attaché à faire connaître la méthode thérapeutique nouvelle, systématisée par Fehling et la conception pathogénique, nouvelle aussi, que ce chirurgien avait basée sur les résultats heureux observés déjà, et particulièrement à la suite de l'amputation utéro-ovarique, et sur ceux obtenus par la castration bilatérale. De la conception pathogénique de Fehling, nous ne nous occuperons pas ici, ayant déjà énuméré les faits cliniques aussi bien que les constatations anatomo-pathologiques qui militent contre elle, qui, tout au moins, empêchent de l'accepter comme applicable à l'ensemble des cas (1). Notre intention est de voir si, de son côté, la méthode thérapeutique a résisté plus heureusement au contrôle sérieux du temps, et s'il y a lieu de fortifier ou

(1) Il n'en est pas moins vrai qu'il y a là, vraiment, quelque chose de bien remarquable, de bien digne de fixer l'attention dans l'amélioration si rapide, souvent si extraordinaire qui suit l'amputation ovarique ou la castration bilatérale. Quand il s'agit de l'opération de Porro ou même de la césarienne simple, on peut sans doute être conduit à rapporter la majeure part de l'action curative à la cessation de l'état de gravidité, état qui, comme on le sait, paraît jouer tout au moins le rôle d'une cause fortement déterminante. Mais, qnand il s'agit des résultats si habituels, si nets, si prompts, obtenus à la suite de la castration ovarique dans des cas d'ostéomalacie typique, avancée sans complication de grossesse, on conçoit qu'on soit fortement enclin à établir un rapport de causalité entre ces résultats et les organes enlevés, que ces résultats aient pour intermédiaire une répercussion sur le périoste et les muscles comme le pense Winckel, ou bien sur la circulation des os et indirectement sur la composition du sang (Fehling), ou tout autre processus qui reste à déterminer, mais qui a son origine dans la sphère génitale. Comme un état pathologique du pancréas peut produire une espèce particulière de diabète qui va avec une adultération générale des humeurs, un état pathogénique des ovaires ou des organes de la sphère génitale ne pourrait-il entraîner comme conséquence une espèce particulière d'ostéomalacie? Rien d'étonnant en tout cas, si, frappé par le caractère des résultats opératoires, Fehling, dans son récent travail, écrit : « *En dépit des objections formulées par Winckel, je persiste à voir dans l'ostéomalacie une trophoneurose du système osseux, sous la dépendance d'une maladie des ovaires, trophoneurose qui, en raison du rôle important de la moelle osseuse sur la composition du sang, amène d'ordinaire une altération générale de ce milieu.* » *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. XLVIII, Hft. 3, p. 495.

d'atténuer les conclusions que nous formulions dans notre précédente revue.

La question a été d'abord l'objet d'une analyse critique, documentée et très soigneuse par Winckel (1) (de Munich). Cet auteur a d'abord examiné de très près les résultats annoncés de divers côtés ainsi que ceux qu'il avait obtenus lui-même de la castration bilatérale. Dans un tableau synoptique, il a consigné les particularités essentielles de 40 cas qu'il a pu rassembler et qui appartiennent à la pratique de Fehling 9, Winckel 3, P. Müller 2, Hoffa 1, Sippel 1, Schauta 5, Truzzi 2, Gelpke 1, Hofmeier 1, Chrobak 5, Thorn 1, E. v. Braun 1, Lihotzki 1, Velitz 2, Runge 1, Löhlein 3, Messerer 1.

Or, insistant sur la marche naturelle de l'ostéomalacie, et mettant en relief les améliorations spontanées que l'on observe au cours de cette affection, Winckel pense que *pour être autorisé à se prononcer sur la vraie valeur curative de la castration bilatérale*, *il faut avoir observé les malades pendant au moins un an*, que même ce temps d'observation ne suffit pas pour affirmer la guérison définitive. Et, en vérité, nombre de faits, dont un récemment rapporté par Beaucamp (2), sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, justifient pleinement ces restrictions. Soumettant donc à ce critérium les quarante cas colligés par lui, *Winckel ne trouve plus que douze guérisons définitives, soit* 30 p. 100, *plus quatre améliorations prolongées*. Toutefois, en ce qui concerne les changements survenus immédiatement ou peu après l'intervention, il reconnaît que, souvent, dès les 3-8 premiers jours, il se produit une atténuation très remarquable des douleurs et queplusieurs opérées récupèrent une partie de leurs mouvements.

De cette étude réfléchie, documentée, de cet examen critique de 40 observations avec 5 cas de mort dont 2 où la

(1) WINCKEL. *Samml. klin. Vorträge*, N. F., n° 71, 1893.

(2) Recidiv von Osteomalakie nach Porro. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 6, p. 155.

mort a été la conséquence directe de l'intervention, Winckel conclut :

1° *La castration, comme traitement de l'ostéomalacie, n'est indiquée que lorsqu'on a épuisé les autres méthodes thérapeutiques qui jusqu'ici se sont montrées efficaces.*

2) *Elle est également indiquée quand l'ostéomalacie est parvenue à un degré tel que l'existence est en danger.*

Conclusions qui cadrent avec celles que nous avons nous-mêmes formulées.

Truzzi (de Parme), chargé de faire à la première réunion de la Société gynécologique et obstétricale italienne, à Rome (1), un rapport sur les résultats de la castration dans l'ostéomalacie, s'était efforcé de rassembler toutes les observations relatives à ce sujet, qui avaient pu se produire jusqu'à ce jour. Il était parvenu d'abord à en réunir 92, auxquelles il put, alors que son travail était déjà terminé, en ajouter 6. Mais, après une sélection sévère, faite d'après la condition exigée par Winckel, *observation des malades pendant au moins un an*, il n'a conservé, comme documents d'instruction valables dans la question à juger, que 52 cas qu'il groupa, au point de vue des résultats, de la façon suivante :

Guérison complète	36 cas
— à peu près complète	4 —
— complète mais consécutive à une récidive	3 —
Total	43 cas
Amélioration simple	3 cas
Récidive persistante	4 —
Insuccès complet	1 —
Total	9 cas

Il résulte, conclut Truzzi, *de l'examen de ces résultats*

(1) Truzzi. La castrazione nell' osteomalacia. Estratto dagli *Annali di Ost. e Ginecol.*, n° 11, novembre 1894.

que le taux des guérisons incomplètes ou des insuccés s'élève encore à 20 p. 0/0; que si cette proportion des insuccès partiels ou incomplets reste inférieure à celle établie par Winckel, il n'en est pas moins vrai qu'on est parfaitement en droit de souhaiter un perfectionnement de la méthode curative, perfectionnement qui pourrait, peut-être, être réalisé par la combinaison de la castration utérine avec la castration ovarique.

Au sujet de la pratique isolée de la castration ovarique ou de sa combinaison avec la castration utérine, Truzzi écrit : « Les cas d'amputation utéro-ovarique en dehors de l'état puerpéral, sont malheureusement trop rares pour qu'on puisse faire le parallèle des deux méthodes thérapeutiques; d'autre part, pour les cas d'amputation ovarique dans l'état puerpéral, un doute subsiste : c'est que l'influence favorable du puerpérium, de la terminaison de la grossesse, contribue à fortifier les effets de l'intervention. De toutes manières, cependant, il y a quelque chose d'instructif dans ce fait que dans les quelques cas où l'amputation utéro-ovarique a été faite, on n'observa jamais, dans les suites opératoires, de récidives qui, comme on le sait, n'ont pas fait défaut consécutivement à l'extirpation simple des annexes.

« Si, en outre, on réfléchit que dans sept cas de ma propre statistique, on a eu à regretter la réapparition, à une date plus ou moins éloignée de la castration, d'une sorte d'écoulement sanguin, pseudo-menstruel, écoulement qui souvent coïncidait avec une guérison incomplète de l'ostéomalacie, et qui, naturellement, était lié à la persistance d'un organe devenu plutôt dangereux qu'utile ;

Si, de plus, on considère que dans huit cas il a fallu, pour placer ce même organe dans de meilleures conditions, faire suivre la castration de la ventro-fixation, ventro-fixation qui ajoute sa part de gravité au pronostic, ainsi qu'en témoigne le décès d'une des opérées de Fehling ;

Si, enfin, on consent à accorder quelque valeur démonstrative à un de mes cas dans lequel l'hystérectomie par la

voie vaginale amena une guérison que l'ovaro-salpingectomie faite antérieurement n'avait pu produire, eh bien ! il me semble que *ces considérations m'autorisent à persister dans cette conviction que j'ai déjà exprimée à l'occasion du Congrès international, que l'amputation utéro-ovarique doit être préférée à l'extirpation simple des annexes, dans les cas où elle peut être pratiquée sans danger.*

Cette intervention plus radicale sera encore plus justifiée dans les cas où l'utérus présente cette friabilité extrême (*Macies*) que Velitz et Thorn ont signalée, et que le premier incline à attribuer à la dégénérescence hyaline des artères de l'utérus et des ovaires. Elle est également à conseiller quand l'ostéomalacie se complique de vestiges de salpingite, de processus graves de l'endométrium, ou d'altérations similaires qui contre-indiquent la conservation de l'utérus et du moignon contigu de l'oviducte » (1).

A propos des propositions formulées par le professeur Truzzi, nous ne ferons qu'une remarque. C'est que la constance des succès définitifs que l'auteur italien fait valoir en faveur de l'amputation utéro-ovarique, constance qu'il avait pu établir à l'époque où il fit son rapport si consciencieux, s'est malheureusement démentie.

Beaucamp a en effet publié un fait de récidive consécutivement à l'opération de Porro, fait auquel nous avons déjà fait allusion, et qui trouve mieux sa place ici. Et si ce fait reste pour le moment isolé, on peut lui accorder une réelle importance en raison du nombre relativement restreint des opérations de Porro en comparaison de celui des castrations ovariques.

Obs. — X..., V pare. Les premières douleurs causées par le ramollissement osseux, se montrèrent au cours de la troisième grossesse (1886). En dé-

(1) Velitz le premier a signalé cet état de friabilité extrême, qui était associée à une dégénérescence hyaline très accusée des vaisseaux, dégénérescence qui peut se continuer dans le tissu utérin. Dans un cas, cet état était si accusé que les ligatures sectionnaient les tissus et qu'il fallut enlever l'utérus.

(2) *Loc. cit.*, p. 28 et seq.

cembre 1887, terminaison de la quatrième grossesse par la version et l'extraction à cause d'une présentation transversale; enfant mort. En mars 1889, cinquième accouchement, opération de Porro. A ce moment les déformations ostéomalaciques du bassin étaient très avancées, les tubérosités ischiatiques n'étaient distantes que de 2,5 centimètres. Trois mois après l'accouchement, la femme pouvait marcher sans soutien. *Les règles ne se sont plus montrées.* Après un certain temps, les douleurs firent leur apparition et en avril 1894, la femme écrivait : « On n'est donc pas encore parvenu à soulager d'une manière quelconque les malades qui souffrent du ramollissement des os; dans ce cas, mieux vaudrait pour toutes les malades mourir dans l'opération que d'être condamnées à la situation désespérée où je suis.

Durant une année entière, tout alla bien ; au cours de la seconde, je fus atteinte d'une hernie abdominale. A cette époque, déjà les douleurs avaient reparu. Mais, je pouvais encore marcher. Pendant la troisième année, je fus prise de douleurs dans les côtés et dans les jambes ; cependant, il m'était possible d'aller, de sortir chaque jour, la situation était supportable. La quatrième année, il me fallut le secours d'une béquille, et, une fois seulement, je pus sortir. Pendant la cinquième année, je suis devenue très grosse, avec un ventre pendant qui a nécessité l'usage d'un bandage large de 108 centim. Je suis devenue plus petite. » En octobre 1894, Beaucamp se rendit personnellement compte de l'état de cette femme et de son examen ainsi que des renseignements qu'elle lui donna, il vit que l'efficacité curative de l'opération de Porro s'était maintenue environ deux ans, mais que depuis cette époque la maladie ostéomalacique avait récidivé pour évoluer rapidement depuis une année. Une tentative de cure par l'eau froide à l'établissement de Kneipp avait été suivie d'une aggravation de la maladie, aggravation qui paraît avoir rétrocédé sous l'influence de bains et d'enveloppements chauds, mais sans tendance marquée, nette vers la guérison (1).

Fehling, à son tour, s'est préoccupé de retrouver le plus grand nombre possible des malades ostéomalaciques qu'il avait opérées, de contrôler soigneusement leur état actuel, et ainsi de juger exactement les résultats lointains, sinon définitifs de l'opération. Dans ce récent travail, il rapporte d'abord sommairement les données essentielles de 14 cas qu'il a traités par la castration et de 6 par la césarienne suivant la méthode de Porro.

PREMIER GROUPE. — *Ostéomalaciques graves traitées par la castration*, 14 cas :

(1) BEAUCAMP. *Arch. f. Gyn.* Bd. XXXVI, Hft. 2, p. 366, et *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 6, p. 156.

Une des opérées est morte des suites directes de l'opération (occlusion intestinale). Une autre dont la guérison après la castration a pu être contrôlée durant un an, a changé de résidence et n'a pu être retrouvée. Ce départ inclinerait à penser qu'elle continuait à se bien porter.

Quatre femmes, après que la guérison eut été constatée chez elles, deux années au moins, sont mortes : une de maladie du cœur quatre années après l'intervention; une de phtisie pulmonaire trois ans après; une de cancer de l'estomac et d'hémorrhagies pulmonaires après deux ans; la quatrième d'affection restée inconnue, après trois ans. Chez toutes ces femmes, on a constaté la conservation de la possibilité de la marche jusqu'aux derniers temps de leur vie.

Huit opérées sont encore vivantes :

2	opérées	7	ans	auparavant;	guérison	complète.
1	—	4	—	—	—	—
3	—	3	—	—	—	—
1	—	3	—	—	amélioration très marquée.	
1	—	3	—	—	après une guérison qui s'est maintenue au delà de deux ans, légère récidive.	

Donc, *sur 12 cas qui peuvent entrer en ligne de compte pour juger de la guérison définitive, il en est 10 de guérisons qui se sont maintenues pendant une période de deux à sept années; par contre, 2 ne répondent qu'à un succès partiel, avec cette particularité néanmoins que l'amélioration a été telle que les femmes ont pu continuer de marcher et de travailler.*

DEUXIÈME GROUPE. — *Ostéomalaciques traitées par la césarienne à la Porro*, 6 cas :

De ces six femmes, dont on termina l'accouchement par l'amputation utéro-ovarique, une, qui était déjà infectée, fut tuée par la septicémie. Des cinq autres, quatre sont restées entièrement guéries de l'ostéomalacie, la cinquième a présenté une récidive légère.

Prenant, comme critérium de la guérison définitive,

l'aptitude à la marche, au travail sans douleurs dans les os, et la suppression complète des règles (ménopause artificielle), Fehling constate que sur 12 cas de castration il a obtenu 10 guérisons définitives et 2 guérisons incomplètes, et sur 5 opérations de Porro, 4 guérisons définitives et 1 incomplète, résultats en réalité très satisfaisants si on les compare à ceux obtenus jadis, chez de telles malades, avec les autres modes de traitement (1).

*
* *

Sans avoir sans doute mis à contribution tous les documents que des recherches plus longues auraient peut-être pu mettre entre nos mains, nous nous croyons autorisé à modifier de la manière suivante les conclusions formulées antérieurement.

CONCLUSIONS. — 1) La pathogénie et la nature de l'ostéomalacie laissent encore le champ libre aux investigations. La théorie de Fehling, si elle est passible d'objections diverses, est pourtant digne d'imprimer une certaine orientation à de nouvelles recherches. Jusqu'à démonstration

---

(1) FEHLING a consacré une bonne partie de son mémoire à tout ce qui a été écrit de neuf sur la pathogénie de l'ostéomalacie. Il signale en particulier l'observation faite par Neusser, dans ses études hématologiques, de la multiplication des cellules éosinophiles dans le sang des ostéomalaciques. Mais, ce fait anatomique serait commun à plusieurs processus pathologiques. Naturellement, il s'occupe aussi de la théorie de Petrone, mais pour la repousser entièrement. Et, à propos de la méthode thérapeutique qui en est dérivée, il fait cette remarque très topique, très naturelle : « *Petrone oublie combien de césariennes conservatrices, combien d'autres opérations ayant pour but la terminaison de l'accouchement, on a faites, avec le secours du chloroforme, sans que l'ostéomalacie guérît à la suite !* » Il a également fait de nombreuses recherches sur les urines des ostéomalaciques et en a conclu que les résultats de ces analyses ne sauraient donner la clef du problème de la pathogénie du ramollissement des os. Il a également consacré un paragraphe intéressant aux déformations osseuses, et en particulier aux déformations pelviennes, ce qui lui a permis de constater qu'elles ne correspondent pas toujours à un type uniforme du bassin.

nouvelle, l'étiologie du ramollissement osseux semble n'être pas toujours identique à elle-même.

2) Sûrement, le traitement médical a procuré un certain nombre de guérisons. En conséquence, toutes les fois qu'il n'y a pas urgence, c'est à lui qu'il faut avoir recours. Il est surtout indiqué dans les cas où la maladie est pour ainsi dire à l'état d'ébauche, aussi faut-il s'appliquer à la dépister. De plus, il ne faut pas oublier que ce traitement médical — même celui imaginé par Petrone, semble-t-il, — a réussi quelquefois contre des formes avancées de la maladie.

3) Quand il s'agit d'une femme non gravide, chez laquelle la maladie, très accusée, a résisté à tous les traitements médicaux, et dont les conséquences sont pour une raison quelconque intolérables, il faut intervenir résolument par la castration bilatérale. Dans certaines conditions (friabilité extrême des tissus, par exemple), l'amputation utéro-ovarique sera plus particulièrement indiquée.

4) Quand on a affaire à une femme en état de gestation, rarement on a l'occasion de songer à la provocation de l'accouchement prématuré. Dans le cas contraire et si l'on évacuait à temps l'utérus, les conditions seraient les mêmes, au cas de survivance de l'ostéomalacie à l'interruption de la grossesse, que celles envisagées dans la proposition précédente. Mais, en général, si toutefois l'on n'a pas à craindre que la maladie puisse gravement compromettre la vie de la mère, on est conduit à laisser la gestation aller à terme, et c'est à ce moment que se pose la question du choix du mode d'intervention : opération de Porro ou opération césarienne. Or, à l'heure actuelle, malgré quelques faits en faveur de la seconde, celui de Guéniot par exemple où la guérison s'est maintenue absolue pendant dix-neuf mois malgré une nouvelle grossesse, l'avantage paraît rester décidément à la première (Truzzi, Fehling).

NOTE ADDITIONNELLE

Cette revue était déjà terminée et imprimée quand nous

avons reçu deux nouveaux travaux sur la question. L'un est de E. Polgar et contient 7 observations prises dans le service du professeur Kezmarszky, à Budapest. Cette statistique personnelle est très intéressante avec son petit nombre de faits. Elle montre aussi l'influence marquée de la grossesse sur le développement de l'ostéomalacie, car, dans la plupart des cas, il s'est agi de femmes multipares, et le processus ostéomalaciqupl a, le eus souvent, débuté au cours de la troisième grossesse. Pourtant, une des femmes était nullipare. Il y est également noté, assez souvent, que les malades avaient séjourné dans des habitations humides. Chez toutes les malades, sauf une, on a, avant d'en venir à la castration, institué divers traitements médicaux qui, sauf dans un cas où la médication fut suivie d'une amélioration manifeste bien que passagère, restèrent inefficaces. Les opérations faites ont été : la castration tubo-ovarique six fois, l'opération de Porro une fois vers le terme de la grossesse. Sur les six castrations, il y a eu une mort, survenue le quatrième jour après l'opération, par péritonite avec suppuration. Dans les cinq autres cas, la castration a eu son effet le plus ordinaire, c'est-à-dire que, très rapidement, une amélioration remarquable est survenue. Mais, sous le rapport de la guérison définitive, le résultat n'a pas été aussi constant. D'ailleurs, les cinq cas ne répondent pas au critérium de la guérison, formulé par Winckel, savoir — *observation d'au moins un an* — trois seulement remplissent cette condition. Or, pour ces trois cas, on note : 1) amélioration très marquée mais non guérison complète ; 2) amélioration équivalant presque à une guérison ; 3) amélioration très grande de l'ostéomalacie, mais non guérison définitive. Onze mois environ après l'intervention, les nouvelles étaient : *la femme ne peut marcher qu'avec un soutien. Les douleurs osseuses et sacrées n'ont pas disparu complètement*. Dans les deux autres cas de castration tubo-ovarique où le temps d'observation est insuffisant, le résultat actuel reste remarquable. Quant à la femme qui, fin gros-

sesse, subit l'opération de Porro en juillet 1892, elle restait entièrement guérie d'après les dernières nouvelles données en février 1894, c'est-à-dire plus d'une année et demie après l'intervention, résultat qui vient encore justifier la faveur qui paraît se dessiner pour l'opération de Porro. On peut encore noter que chez l'une des opérées de castration ovarique, on observa, le trente-neuvième jour après l'intervention, un écoulement sanguin assez abondant (*pseudo-menstruation*), phénomène déjà signalé particulièrement par Winckel et invoqué par cet auteur contre la théorie de Felhing qui, selon lui, est impuissante à expliquer, par la suppression en particulier de la menstruation, l'extrême rapidité de l'amélioration observée. Enfin, dans deux des cas seulement on constata l'hyperhémie, les dilatations veineuses et la congestion des annexes signalées par Fehling. Quant aux ovaires, ils furent tantôt trouvés augmentés de volume, tantôt le siège de kystes, ou bien, comme dans un cas, notablement atrophiés. Somme toute, cette petite statistique,par la diversité de ses cas (moment du développement de l'affection, influence des divers traitements, constatations anatomo-pathologiques) représente une sorte de réduction de ce qui a été observé dans l'ostéomalacie, et nous paraît de nature à fortifier les conclusions que nous avons formulées.

Le second travail auquel nous avons fait allusion est de G. Dock (de Michigan). L'auteur relate très en détail un cas d'ostéomalacie observé chez une femme de 22 ans, qui avait eu 2 enfants et chez laquelle les premiers symptômes de la maladie ne se seraient manifestés qu'un certain temps après le second accouchement. Cette femme mourut environ trois années plus tard. Durant ce temps, la maladie, après quelques légères rémissions, s'était de plus en plus accentuée (type fracturant au début, puis déformant) au point que la femme fut condamnée à rester au lit. Indépendamment des douleurs et des déformations, un détail intéressant à noter est la quantité énorme de calculs expulsés par la malade, souvent jusqu'à 20 jours (cristaux de phosphate,

d'oxalate de chaux, sable, etc.). L'auteur relate aussi très minutieusement les résultats fournis par l'examen microscopique des os et écrit à ce sujet : « L'étude des os dans les diverses parties du squelette ne permet pas de décider s'il faut chercher l'origine de la maladie dans l'inflammation ou l'hyperhémie ; elle nous ramène à cette conception, si peu satisfaisante qu'elle soit, que des modifications d'une nature plus secrète, altérations dans les phénomènes métaboliques ou perturbations dans le processus normal d'ossification et de désossification, sont les facteurs primordiaux du ramollissement des os ». Sur la question du traitement, Dock constate l'échec des préparations de chaux, et du chloral qui fut donné d'après la méthode de Petrone. Il pense que les deux modes de traitement les plus efficaces sont : 1) la médication par le phosphore ; 2) la castration, celle-ci ayant ses indications spéciales (possibilité de la conception, grossesse, etc.), et termine par un historique rapide des documents relatifs à l'ostéomalacie et propres à l'Amérique du Nord.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

BEAUCAMP. Ein Beiträg zur Porro-Operation. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXVI, Hft. 2, p. 358. — PETRONE. Osteomalakie. *Rif. med.*, 1892, avril, mai, juillet. — NEUSSER. *Wien. klin. Wochensch.*, 1892, n°s 3 et 4. — LATZKO. Ueber Osteomalakie. *Allgem. Wiener med. Zeit.* et *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 8, p. 183. — PREINDESBERGER, SCHAUTA et CHROBAK. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 18, p. 429 et seq. — STERN. Zwei Falle von Kastration bei Osteomalakie. *Münch. med. Wochensch.*, 1893, n° 6. — LA TORRE. Dell' Etiologia e cura dell' osteomalacia. Estratto dag. *Annal. di Ost. e Ginec.*, n° 6, 1893. — WINCKEL. Ueber die Erfolge der Kastration bei der Osteomalakie. *Samml. klin. Vorträge*, N. F., n° 71. — LATZKO. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 42, p. 1034, et n° 43, p. 1058. — GIUSEPPE TROTTA. A proposito della teoria del Petrone sulla genesi e cura dell' osteomalacia. Estratto dal' *Archivio di Ost. e Ginec.*, anno 1, fasc. 9-10. — LOHLEIN. Zur Frage von der Entstehung der puerperalen Osteomalakie. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 1, p. 1. — TRUZZI. La Castrazione nell' Osteomalacia. Estratto dagli *Annali di Ost. e Ginec.*, n° 11, novembre 1894. — PERRON et MESLAY. Un cas d'ostéomalacie chez une fillette de 15 ans. *Rev. des maladies de l'enfance*, avril 1895, p. 178. — GREENE CUMSTON. Note on the Pathology and Treatment of

Osteomalacia, with report of a case cured by bilateral Oophroctomy. *Annals of Gynæc. and Pæd.*, mars 1895, p. 363. — FEHLING. **Weitere Beiträge zure Lehre von der Osteomalakie.** *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. XLVIII, Hft. 3, p. 572. — DOCK. **Osteomalacia with a new Case.** *The Am. J. of the Med. Sciences*, mai 1895, p. 499.— POLGAR. **Die Heilung der Osteomalakie mittelst Castration.** *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. XLIX, Hft. 1, p. 30.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séances du jeudi 14 *mars, du* 11 *avril et du* 9 *mai* 1895.

Présidence de M. RICHELOT.

LOVIOT. **Paralysie du bras, survenue chez un nouveau-né à la suite d'une fracture de l'humérus, qui se produisit lors de l'accouchement, au moment où on dégageait les épaules.** — On appliqua immédiatement un appareil plâtré ; on constata les jours suivants l'apparition d'un cal volumineux, suivi bientôt de l'impotence du membre. Au bout de quelques jours le cal diminua et le membre reprit ses fontions. M. Loviot attribue cette paralysie à la compression par le cal du nerf musculo-cutané.

Discussion. — BUDIN se demande si cette paralysie n'est pas due à la compression produite par l'appareil plâtré. CHARPENTIER fait remarquer que ce retour de la motilité, sans traitement, est exceptionnel. Ce qu'on observe généralement, au contraire, c'est l'atrophie des muscles paralysés.

LOVIOT relate l'observation d'une femme chez laquelle des **vomissements incoercibles**, survenus dans le cours du troisième mois de la grossesse, nécessitèrent un accouchement provoqué à 7 mois et demi. Les vomissements cessèrent comme par enchantement immédiatement après l'évacuation de l'utérus.

TOUVENAINT. **Kyste papillomateux de l'ovaire gauche. Ascite considérable. Laparotomie. Guérison.** — Femme de 50 ans, chez laquelle, au mois de juin 1894, on pouvait sentir par le palper une masse mobile remontant assez haut dans le ventre, sur le côté gauche de l'utérus, avec lequel elle semblait être en connexion intime.

Au mois de décembre la présence d'une grande quantité de liquide ascitique empêchait toute palpation ; le toucher ne donnait plus que des renseignements fort vagues. M. Touvenaint pratiqua la laparotomie, évacua une quinzaine de litres de liquide, et enleva une tumeur végétante de l'ovaire gauche, insérée par un pédicule assez large sur la corne utérine gauche. Suites opératoires excellentes.

M. FORMAN lit une observation d'**expulsion d'un œuf complet** (*enfant vivant*) **à 7 mois de grossesse avec membranes intactes.** — L'enfant, qui pesait 1,550 gr. et mesurait 40 centim. de longueur, vécut seize heures. On vit survenir chez la parturiente qui, au moment de l'accouchement, était atteinte de pleuro-pneumonie sans épanchement, une pleurésie purulente qui débuta plusieurs jours après l'expulsion de l'œuf.

PICHEVIN. **Préparations microscopiques et de photomicrographies** qui montrent : 1° que le curettage épargne un certain nombre de culs-de-sac glandulaires qui servent d'amorce pour la reproduction de la muqueuse ; 2° que dans un cas, cinq mois après un curettage, la muqueuse utérine était complètement régénérée et qu'elle présentait tous les caractères normaux ; 3° que sur un utérus traité par la méthode de Dumontpallier, il n'y avait plus vestige de glandes.

BRINDEAU. **Cas de contracture chez un nouveau-né.** — Enfant né avant terme après un travail laborieux (extraction difficile de la tête retenue par le col fortement contracté sur elle, présentation du siège), et ayant présenté de la contracture et des convulsions. S'agit-il d'une maladie de Little ou tabes spasmodique par arrêt de développement du faisceau pyramidal ? Est-ce une paralysie d'origine cérébrale due à une hémorrhagie méningée ou des capillaires cérébraux ? Est-ce un cas d'athétose double ? La question reste indécise, d'autant que beaucoup d'auteurs (Freud, Rosenthal, etc.) rangent ces maladies dans la même classe : les diplégies cérébrales.

RICHELOT. **Sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins** (1).

Discussion. — FOURNEL objecte d'abord qu'au point de vue de

(1) *Annal. de gyn. et d'obst.*, mai 1895, p. 377.

l'hémostase, on peut reprocher à M. Richelot de ne placer qu'une pince sur chaque ligament large, parce qu'on ne peut se féliciter d'avoir trouvé le clamp parfait qui ne lâche jamais. D'autre part, il lui semble que le procédé ne prévient pas la blessure des uretères dont la meilleure garantie est le décollement complet de la vessie. Or, les ligaments larges, dans ce procédé, n'étant pas encore sectionnés au moment de la libération de la vessie, ils peuvent opposer une grande résistance à l'élévation de l'utérus et par suite forcer le chirurgien à pratiquer, péniblement, ce décollement dans la profondeur du bassin, décollement qui pourra rester insuffisant : d'où le danger de blesser non seulement l'uretère droit, le plus souvent lésé dans l'hystérectomie vaginale, mais les deux uretères. NITOT demande ce que deviennent les pédicules pris dans la longue pince. Sont-ils laissés dans le ventre, ce qui serait peut-être dangereux, ou bien sont-ils attirés vers le vagin, comme dans l'hystérectomie vaginale, ce qui permet de placer au-dessus le tamponnement vaginal et prévient le contact direct et prolongé des extrémités des pinces avec l'intestin ? P. PETIT trouve que M. Richelot passe peut-être trop facilement du vagin au ventre et réciproquement, étant donné que, particulièrement dans certains cas, la désinfection absolue du vagin est bien difficile à assurer. Dans certains cas, ne serait-il pas mieux de faire l'hystérectomie vaginale avec forcipressure ? Il se demande encore s'il n'y aurait pas avantage à remplacer la pince, de chaque côté, par deux fils, le fil supérieur embrassant le moignon annexiel, le fil inférieur embrassant la base du ligament large. PICHEVIN déclare que l'examen de statistiques récentes l'a conduit aux conclusions suivantes : il faut tenter l'hystérectomie abdominale totale de préférence à l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe ou pédicule interne. Il est entendu que l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix et qu'on n'opérera par la voie abdominale que dans les cas où la voie vaginale serait reconnue impossible ou trop difficile. En ce qui concerne le procédé de M. Richelot, Pichevin croit que, d'une manière générale, les ligatures sont; au point de vue de l'hémostase, supérieures aux pinces. Il croyait que M. Richelot, frappé par les accidents de nature hémorrhagique observés maintes fois, avait renoncé à l'usage de la pince longue et *unique* pour faire l'hémostase. RICHELOT répond a u différentes objections qui lui ont été faites : *a*) *Insuffisance de*

l'hémostase. Application d'une pince unique parce qu'il est plus long, plus difficile d'en mettre deux en étage. Si le modèle est bon, la pince est sûre. Mais, comme dans l'hystérectomie vaginale, il faut regarder avec soin quand la pince est placée. Pour peu qu'on doute de la prise, rien n'empêche de l'assurer avec une longuette supplémentaire. *b) Pourquoi le retour à la « grande pince » de Richelot ?* Parce que, contrairement à ce qui se passe dans l'hystérectomie vaginale, où la pince sert comme instrument d'hémostase et de traction, ici la pince n'agit qu'en vue de l'hémostase. *c) Dangers de blesser l'uretère.* Ces dangers sont rendus illusoires par la taille du lambeau péritonéal et la libération de la vessie et surtout par la situation du trou à travers lequel passe le mors postérieur, trou situé au ras du col, sous l'utérine, et en dedans de l'uretère. *d) Dangers rendus possibles par le séjour de tissus mortifiés provenant des pédicules, dans le ventre.* Le jour où la mortification se produit, les adhérences péritonéales ont eu le temps de créer un petit foyer sus-vaginal où les eschares ne sont plus dangereuses. *e) Dangers du passage répété des doigts du vagin au péritoine.* Il faut évidemment faire une désinfection très soignée du vagin. Mais n'est-ce pas ainsi dans l'hystérectomie vaginale ? Nos doigts opèrent dans le vagin et s'introduisent maintes fois dans le péritoine sans qu'il en résulte aucun danger.

JOUIN. **Pathologie utérine et maladie de Basedow.** — Intéressant travail, basé sur 43 observations personnelles qui ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

1° La maladie de Basedow présente avec la ménopause et les états pathologiques de l'utérus les rapports les plus intimes. 2° Dans ces rapports, on doit admettre que le goitre exophtalmique est la conséquence et non la cause des troubles de la matrice. 3° Cette vérité, que démontre d'ailleurs le moment d'apparition des phénomènes morbides, est rendue plus évidente encore par ce fait clinique que l'amélioration de l'utérus est immédiatement suivie de l'amélioration, voire même de la guérison du mal de Basedow. 4° Le rapport du goitre et de la ménopause, et la connaissance des formes frustes de la maladie de Basedow, permettent de comprendre et d'expliquer la plupart des phénomènes pathologiques du retour d'âge. 5° Des conclusions thérapeutiques imprévues de la plus grande importance découlent naturellement de la connaissance de ces phénomènes cliniques.

APPERT relate un cas de **dystocie par ascite du fœtus** ; fœtus présentant le siège ; ponction de l'abdomen ; syphilis, malformations multiples du fœtus.

DEVÉ. — **Cas de rétention d'urine chez un fœtus de 8 mois.** — La vessie était très distendue et contenait 4 litres de liquide. La dissection a montré que l'urèthre était transformé en un cordon fibreux sur une longueur de 24 millimètres. Le liquide ne contenait que 0,024 milligrammes d'urée par litre. Le rectum se terminait sur la vessie.

Discussion. Porak a observé un cas de dégénérescence kystique des reins avec double hydronéphrose, consécutive à l'existence d'une valvule siégeant au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre et n'existant que sur la moitié de l'urèthre. Un autre cas est absolument calqué sur l'observation lue par M. Devé ; il s'agissait d'une rétention d'urine due au défaut d'abouchement du cloaque interne avec le cloaque externe. L'examen de l'urine donna les mêmes résultats que l'analyse communiquée par M. Devé. On peut en conclure que le rein n'élimine que de l'eau chargée de chlorure de sodium dans les proportions où se trouve cette substance dans le sang. Donc, la fonction rénale, pendant la vie intra-utérine, est assurée par le fonctionnement placentaire.

SOULIGOUX et PAQUY. **Examen anatomique d'une tête de monstre nosencéphale.** — La moelle intacte avec son bulbe et sa protubérance était interrompue au niveau des pédoncules cérébraux. Tous les nerfs bulbaires existaient. Pas de nerf olfactif; nerf optique très développé. *(A suivre.)*

BIBLIOGRAPHIE

De la colite muco-membraneuse chez les utérines, par Ivan T. Letcheff. Paris, J.-B. Baillière, 1895.

Après un rappel anatomique, établissant d'une part l'existence de larges anastomoses entre les lymphatiques vaginaux, utérins et ceux du rectum, d'autre part la richesse en lymphatiques des adhérences, qui réunissent si fréquemment la face postérieure de l'utérus au rectum, M. Letcheff cherche à élucider la pathogénie de la colite muco-membraneuse.

Toujours la colite muco-membraneuse reconnaît pour origine une infection. Celle-ci peut être le résultat direct d'une infection génitale propagée par les lymphatiques aux tuniques intestinales ; elle peut être le résultat indirect d'une affection génitale, celle-ci déterminant une résorption putride par trouble mécanique apporté au cours régulier des matières.

Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites, par E. Reymond. Paris, Steinheil, 1895.

Il nous suffira d'annoncer à nos lecteurs la publication de l'importante monographie que M. Reymond vient de consacrer à l'anatomie pathologique et à la bactériologie des salpingites. Les divers mémoires que l'auteur a déjà publiés, dans ce recueil, se trouvent ici réunis à une série d'autres documents intéressants ; les nombreuses observations et les recherches expérimentales de M. Reymond lui permettent de décrire des points entièrement nouveaux, de rectifier ou de compléter les faits antérieurement acquis et de nous donner aujourd'hui une histoire complète des salpingites au point de vue anatomique et bactériologique. Ajoutons que de nombreuses figures en plusieurs couleurs et des schémas ajoutent à l'intérêt du texte et facilitent la compréhension des descriptions. C'est là un ouvrage qui fait grand honneur à l'auteur.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XLIII

Janvier à Juin 1895.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUE CLINIQUE

REVUES GÉNÉRALES

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XLIV

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18 francs.
Pour les départements..............	20 —
Pour l'Europe......................	22 —
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23 —
Pour les autres parties du monde...	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 67, rue de Rome, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XLIV

Contenant des travaux de

BOURCART, CONDAMIN, DEMOULIN, DURAND, GOULLIOUD, JAGOT, KLEIN, LABUSQUIÈRE, LAUWERS, LE BEC, LEJARS, MÉGRAT, MOULONGUET PAMARD, PÉAN, PILLIET, PINARD, PUECH, QUEIREL, REYMOND, REYNIER, RICHELOT, ROSSIER, SEGOND, STRAUCH (de), TARDIF, VAUTRIN

1895

(2e SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1895

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LA RÉPARATION DES FISTULES RECTO-VAGINALES CHEZ LES FEMMES DONT LE PÉRINÉE EST INTACT. (ABAISSEMENT ET FIXATION ANALE DU SEGMENT DE RECTUM SUPÉRIEUR A LA FISTULE, APRÈS RÉSECTION DU SEGMENT RECTAL SOUS-JACENT.)

Par **M. Paul Segond.**

Je viens d'observer un cas de fistule recto-vaginale dont l'étiologie ne manque pas d'une certaine originalité. Mais là n'est pas son véritable intérêt. Ce qui motive surtout sa publication, c'est le désir de faire connaître le procédé que j'ai dû imaginer pour fermer sûrement la fistule. En dépit des conditions les plus défavorables, il m'a donné cette occlusion si vite et si bien que je n'hésite pas à le considérer comme procédé de choix dans les cas similaires. Voici d'abord le fait :

Mon opérée est maintenant une robuste femme de 31 ans, fort saine de corps et d'esprit, mais elle a été jadis fillette de 15 ans ; et vers cet âge elle a eu, de concert avec l'une de ses contemporaines, l'idée très particulière de s'introduire un pot de pommade dans le vagin. Sa compagne en est morte assez vite avec des accidents de péritonite. Quant à ma malade, après avoir beaucoup souffert, elle a fini par vivre en assez bonne intelligence avec son corps étranger, et caressant toujours l'espoir d'une expulsion spontanée, elle s'est mariée sans mot dire, à 19 ans. Que s'est-il exac-

tement passé ensuite ? Je crois superflu de trop le préciser. Le fait est que la tolérance s'est continuée pendant seize ans, sans autres tribulations pathologiques ou matrimoniales, et, c'est en avril 1894 seulement que se sont manifestés des accidents assez graves pour nécessiter l'intervention d'un médecin. A cette date, la malade était de passage à Blois et, le 30 avril, elle a fait demander mon ami le Dr Ferrand, qui a bien voulu me donner la note dont voici le résumé :

« La malade a une température élévée (39°), le facies grippé, des frissons et des vomissements répétés. L'abdomen est uniformément distendu et très douloureux. Bref, le diagnostic de péritonite me paraît évident et la patiente me refusant, avec le droit de la toucher, la possibilité d'un diagnostic précis, je me borne à une médication symptomatique (collodion sur l'abdomen et potion de Rivière). Le lendemain et le surlendemain l'état s'aggravant de plus en plus, le mari se décide aux aveux, et, par le toucher vaginal, je découvre enfin le corps du délit. Ses quinze ans de réclusion lui ont laissé tous ses caractères de corps lisse et arrondi. Il est solidement encastré dans le cul-de-sac postérieur et dans la brèche qu'il a faite à la cloison recto-vaginale. Je fais aussitôt comprendre la nécessité d'une extraction, et j'y procède le 3 mai, avec l'assistance de mes amis les Drs Hatrusseau et de Mer. L'extraction est faite sous le chloroforme, après asepsie très soignée de la vulve, du vagin et du rectum. La mobilisation du pot ne devient possible qu'après l'ablation d'un gros bourgeon charnu qui a pénétré dans son intérieur, puis l'opération se termine sans autre incident. La perforation recto-vaginale se montre alors avec tous ses caractères, elle siège très haut, elle occupe toute la largeur du fond du cul-de-sac vaginal et ses dimensions, comme l'état des parties qui l'entourent, me défendent toute tentative actuelle de réparation. Dès le lendemain, les accidents disparaissent, et peu de jours après la malade reprend son activité. Je la revois le 23 juin, et pour tâcher de modérer un peu le passage des matières fécales par le vagin, je conseille l'usage d'un pessaire de Gariel. Les résultats de cette obturation artificielle sont d'abord assez satisfaisants, mais bientôt la patiente reconnaît elle-même la nécessité d'une occlusion définitive et, sur mon conseil, elle se rend à Paris, le 25 janvier 1895, pour entrer dans le service de mon ami M. Paul Segond, qui l'opère en ma présence le 31 janvier. »

Avant de décrire l'artifice que j'ai employé pour obtenir la disparition de l'infirmité qui m'était ainsi confiée, je tiens à préciser les conditions dans lesquelles se trouvait la brèche recto-vaginale : très haut située dans le fond du cul-de-sac postérieur, dont elle occupait toute la largeur, elle se présentait là, comme une vaste fente transversale, à bords calleux et indurés, donnant très libre accès du rectum au vagin et *vice-versa*. Son bord supérieur était constitué par le col utérin lui-même dont la lèvre postérieure indurée et ulcérée se trouvait comme fusionnée avec la muqueuse rectale ; son bord inférieur affectait la forme d'un gros bourrelet transversal et ses extrémités donnaient au doigt la sensation de tractus cicatriciels entre-croisés. Le cathétérisme utérin ne révélait pas de rétrécissement cervical, et la lèvre antérieure du col était à peu près saine. Mais dans le cul-de-sac vaginal antérieur, on voyait encore les traces de l'ulcération transversale que le pot de pommade s'était creusée à ce niveau. Toutes ces lésions étaient sans doute faciles à voir en s'aidant d'un spéculum, mais l'accès direct de la fistule n'en restait pas moins assez difficile parce que l'utérus, retenu par les adhérences de la dernière poussée périmétritique, s'abaissait mal, et surtout parce que le périnée parfaitement intact offrait une épaisseur et une résistance peu communes.

En présence d'une telle fistule, que faire ? A la rigueur, j'aurais pu pratiquer la section totale du périnée, pour tenter ensuite une colpopérinéorrhaphie immédiate par la méthode de Lawson Tait. C'est à coup sûr le procédé de choix pour la grande majorité des fistules recto-vaginales compliquées de lésions périnéales. Mais dans le cas particulier, la solidité du périnée était vraiment trop remarquable pour que je risque de la compromettre. Et puis, la largeur de la fistule était telle que, même après division totale de la cloison recto-vaginale, il m'eût été impossible de tenter le rapprochement de ses commissures. Il fallait donc, de toute nécessité, appliquer une autre méthode. Or, dans les procédés connus je ne voyais rien qui pût me donner satisfaction.

La suture, après simple avivement, pratiquée soit par le

vagin, soit par le rectum, aurait, suivant l'usage, certainement échoué. *L'autoplastie par dédoublement* de Sänger (1), avec sutures perdues, de Lœvenstein (2) sur l'orifice rectal, *l'autoplastie par glissements* de Fritsch (3) et surtout l'*autoplastie par glissement à lambeaux superposés* de Le Dentu (4) étaient les trois seuls procédés de suture directe susceptibles de me tenter. Mais, comme je l'ai dit, c'est le col utérin lui-même qui formait la lèvre supérieure de la fistule. Il était comme fusionné à la paroi rectale correspondante et cette disposition me défendait toute tentative de dédoublement ou de glissement. D'autant, que l'impossibilité d'abaisser franchement l'utérus rendait l'accès de la fistule très difficile. Aurais-je eu quelque avantage à tourner la difficulté en passant par la voie sacrée, comme l'a fait une fois Heydenreich (5) ? Je ne le crois pas. Bien que ce chirurgien distingué ait obtenu de la sorte un succès remarquable, il n'en résulte pas, à mon avis, que le procédé mérite une généralisation. J'espère, en effet, démontrer qu'on peut faire mieux, beaucoup plus simplement et sans s'exposer aux incidents qui ont retardé la guérison de l'opérée d'Heydenreich. Le huitième jour, il y a eu passage des matières par la plaie sacrée, et la cicatrisation définitive n'a pas réclamé moins de deux mois et demi.

Après ces éliminations successives, deux procédés restaient seulement à choisir : celui de Félizet (6) et celui de

---

(1) Sænger. The operative treatment of recto-vaginal fistula. *Buffalo med. and surg. Journ.*, juin 1891.

(2) Lœvenstein. Voyez figure 418 du *Traité de gynécologie* de S. Pozzi, 2e édition p. 966 ;

(3) Fritsch. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 804. — Voy. figures 426 et 427 du *Traité de gynécologie* de S. Pozzi, 2e édit., p. 970.

(4) Le Dentu. Procédé d'occlusion de fistules recto-vaginales. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. XVI, p. 589.

(5) Heydenreich. Un cas de fistule recto-vaginale opérée par la voie sacrée. *Congrès de chirurgie*. Lyon, 1894, p. 718.

(6) Félizet. Traitement de la fistule recto-vaginale ; rapport de M. P Segond. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 701.

Quénu (1). L'un et l'autre m'auraient permis de tenter la cure de la fistule, sans toucher au périnée. Le procédé de Quénu, moins sommaire et plus sûr que celui de Félizet, était notamment très indiqué. Quénu conseille, en effet, comme Félizet, de procéder par voie de dédoublement périnéal, avec l'idée préconçue de supprimer l'influence pernicieuse du contact des gaz. Mais, poussant plus loin l'œuvre de réparation, il se garde de sacrifier le feuillet postérieur du dédoublement périnéal et s'attache à fermer par des sutures appropriées la perforation vaginale, aussi bien que la perforation rectale. Il termine par la section sous-muqueuse du sphincter et le drainage temporaire de la brèche périnéale. Cette manière de faire aurait donc pu répondre assez bien à mes intentions. Et cependant, ce n'était pas encore la vraie solution. La cloison recto-vaginale une fois dédoublée, l'élévation de la fistule et l'impossibilité d'abaisser franchement l'utérus auraient sûrement compliqué beaucoup le placement des fils ; l'échec des sutures, comme la lenteur de la guérison, seraient par conséquent devenus autant d'éventualités possibles sinon probables, et pareille incertitude ne cadrait pas du tout avec mes projets.

C'est alors que m'est venue la pensée suivante : *supprimer la portion de rectum située au-dessous de la fistule, sans compromettre ni le sphincter, ni le périnée ; aller prendre le rectum au-dessus de la fistule, le dégainer et l'abaisser jusqu'à l'anus.* N'était-ce pas remplir au mieux toutes les indications, supprimer la brèche rectale, sans courir les risques d'une suture laborieuse, enlever au contenu de l'intestin toute issue possible vers les surfaces cruentées, et se placer ainsi dans des conditions telles que la guérison se trouvait, en quelque sorte, réalisée séance tenante ? Il me paraît difficile de n'en point convenir, d'autant que l'artifice opératoire auquel je voulais confier la guérison n'était en somme que l'exagération de l'abaissement rectal, sans lequel on ne fait

(1) QUÉNU. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 706.

pas de bonne colpopérinéorrhaphie. Ce détail de technique est maintenant bien connu. Pozzi (1) en a montré toute l'importance. Je l'ai souligné moi-même (2) à propos d'une communication de Routier (3). Dans toute colpopérinéorrhaphie, la mobilisation large et l'abaissement du rectum isolent les surfaces cruentées, permettent d'éviter les sutures isolées de l'intestin et donnent, en définitive, la meilleure garantie de succès. Or, je le répète, je ne poursuivais pas autre chose que l'application, en très grand, de cette même manœuvre. Mon but était donc au moins rationnel.

Restait à savoir si le rectum se laisserait abaisser du haut de la fistule jusqu'à l'anus, ce dont mes assistants semblaient un peu douter. Mais j'avais, pour les convaincre et me donner confiance en moi-même, les deux données positives que voici : la première, c'est que, dans les extirpations de l'extrémité inférieure du rectum pour affections organiques (retrécissements ou cancers), il est possible d'aller prendre ce qui reste du rectum, de le dégainer sans ouvrir le péritoine et de l'abaisser jusqu'à la peau, alors même que la section rectale porte à une bonne longueur d'index au-dessus de l'anus. Le deuxième point, dont ma pratique antérieure me donnait aussi la parfaite assurance, c'est qu'à la faveur d'une dilatation de l'anus, exécutée largement et sans brusquerie, on peut faire une extirpation rectale intra-sphinctérienne, suturer à la peau la tranche rectale abaissée et voir ensuite le sphincter récupérer l'intégrité de ses fonctions. Toute objection capitale étant ainsi levée, j'ai décidé l'intervention et voici comment j'ai procédé :

La malade étant en position dorso-sacrée, j'ai fait avec les doigts une dilatation lente, cadencée et très complète du sphincter, puis, après avoir incisé circulairement la muqueuse rectale à 2 ou 3 millimètres au-dessus de sa jonction

(1) Pozzi. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 209.

(2) *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XX, p. 221.

(3) Routier. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 206.

avec la peau, je me suis mis en devoir de libérer le segment de rectum à réséquer. J'insiste sur la nécessité d'inciser la muqueuse anale un peu au-dessus de sa jonction avec la peau parce que si la section porte plus bas, la cicatrice ultérieure ne se cache pas assez bien dans la dépression anale, la muqueuse tend à prolaber en tout ou en partie et les opérés en sont incommodés. Quant à la libération du segment rectal, elle s'est effectuée sans difficulté.

Une fois la muqueuse anale séparée du sphincter par dissection, et la zone sphinctérienne dépassée, j'ai saisi toute l'épaisseur de la paroi rectale, et procédant avec les doigts, sans le secours d'aucun iustrument tranchant, j'ai dédoublé la cloison recto-vaginale, dans toute sa hauteur, jusqu'à la fistule. Arrivé là, j'ai pris un instant le bistouri pour trancher le trajet de la fistule et séparer son orifice rectal de son orifice vaginal, puis, j'ai continué la libération de la paroi antérieure du rectum au-dessus de la fistule en la décollant avec l'ongle, du péritoine qui la double à ce niveau. Séparation facile, parce que le péritoine de cette région, renforcé qu'il est par l'épanouissement terminal de la couche musculaire lisse postérieure des ligaments larges, présente l'épaisseur et la résistance voulues pour se laisser décoller sans risques de déchirure. Afin de faciliter ce temps spécial, j'avais pris soin d'immobiliser l'utérus et de le fixer au maximun d'abaissement possible, à l'aide d'une pince de Museux passée par le vagin, amarrée sur le col et confiée à un aide.

Cela fait, je me trouvais dans la situation suivante : la pince dont je viens de parler immobilisait l'utérus. Deux écarteurs assuraient la béance du sphincter dilaté et mettaient tout à portée de mes yeux et de mes doigts. J'avais enfin prise solide sur l'extrémité inférieure du rectum encore adhérent sur presque toute sa face postérieure, mais complètement libéré sur sa face antérieure. Quant à la fistule, elle était, elle aussi, dédoublée et par conséquent transformée en deux brèches transversales dont l'une vaginale se voyait au ras du col, en haut de la paroi vaginale et dont l'autre,

intestinale, allait suivre le rectum dans son abaissement pour être finalement réséquée avec lui. Rien de plus simple, par conséquent, que de continuer l'opération : saisissant alternativement de la main gauche, soit la partie de paroi rectale antérieure, qui, avant son dédoublement, limitait en arrière la lèvre supérieure de la fistule, soit l'ensemble du segment rectal libéré, me servant d'autre part de l'ongle de mon pouce droit pour décoller les tissus, j'ai progressivement dégainé par tractions successives la portion de rectum située au-dessus de la fistule, jusqu'à ce que le bord supérieur de la brèche rectale fût suffisamment abaissé pour être suturé à l'anus.

L'abaissement de la paroi rectale antérieure devait être, par conséquent, aussi large que possible et sa résection porter franchement au-dessus du niveau de la brèche fistuleuse. Mais sur les parties latérales et surtout sur la partie postérieure, il eût été exagéré de ne pas être plus parcimonieux, de ne pas proportionner la résection à la bonne conformation ultérieure de la région, en retranchant juste ce qu'il fallait pour éviter tout plissement nécessaire de sa paroi antérieure. C'est précisément ce que j'ai fait. Il en est donc résulté que le segment rectal dégainé au dehors de l'anus était beaucoup plus haut en avant qu'en arrière et que la section sus-fistuleuse du rectum a été faite suivant un plan oblique de haut en bas et d'avant en arrière, passant d'une part au-dessus de la fistule et d'autre part à 3 centimètres environ au-dessus du bord postéro-supérieur du sphincter.

Le rectum ainsi traité, l'opération était terminée ou peu s'en faut, et je ne fais qu'énumérer les derniers temps trop simples pour être détaillés : suture à la soie plate du rectum abaissé au niveau de l'anus ; par le vagin, rapide avivement de la brèche représentant le dernier vestige de la fistule et suture de ses deux lèvres par des fils de catgut perdus ; petit drain placé dans le décollement recto-vaginal ; enfin, pansement fort simple constitué par une mèche de gaze iodoformée dans le vagin, un tube de caoutchouc dans l'anus, pour

l'échappement des gaz et une compresse aseptique sur le tout.

Les suites de cette opération ont été des plus simples, et je puis dire que le résultat thérapeutique a dépassé mes espérances. Au bout de quarante-huit heures, j'ai enlevé le petit drain anté-rectal. Il n'y a pas eu la moindre élévation thermique. Bien loin de constiper la patiente, nous avons provoqué les selles quotidiennes dès le lendemain de l'intervention. Les fils fixant le rectum à l'anus ont été enlevés au bout d'une semaine; la cicatrisation était complète à cette date et, peu de temps après, la malade a quitté mon service complètement guérie. Les fonctions sphinctériennes avaient retrouvé leur intégrité et la suture se cachait si bien au fond de la dépression anale, qu'il était pour ainsi dire impossible, à première vue, de retrouver les traces d'une intervention quelconque. Quant à la fistule, tout ce qu'il en restait, c'était la brèche du cul-de-sac vaginal postérieur suturée au catgut, mais en tant que fistule recto-vaginale, il ne pouvait plus être question d'elle. Elle avait disparu avec le segment intestinal réséqué, la paroi rectale saine, abaissée comme un voile au-devant de l'orifice vaginal de l'ancienne fistule, fermant désormais toute communication possible avec le rectum, et si j'osais risquer une comparaison, je pourrais donner une juste image de l'artifice opératoire employé, en disant que la volonté de fermer sûrement la fenêtre d'un bon premier étage m'avait conduit à cette mesure radicale de tirer le store jusqu'au rez-de-chaussée pour le fixer à ras de terre.

Le nouveau procédé opératoire que je viens de décrire me paraît digne d'attention. Il m'a donné un résultat merveilleux dans un cas qui n'était justiciable d'aucun des procédés classiques connus, et je le crois susceptible d'être généralisé. Qui peut le plus peut le moins, et puisque la suppression par abaissement rectal est possible pour une fistule sise au ras du col, il est bien clair qu'on pourra procéder de même avec d'autant plus d'aisance que la brèche à combler sera plus bas située. Toutes les fois qu'une fistule recto-vaginale en vaudra la peine par ses dimensions et ne s'accompagnera pas

de lésions périnéales réclamant elles-mêmes opération, je ne vois pas pourquoi la préférence ne serait pas donnée à cette manière de faire essentiellement sûre.

Cette application nouvelle de la mobilisation large du rectum avec abaissement maximum de sa paroi antérieure, me paraît mettre ce temps opératoire en valeur très particulière, quand on envisage le traitement des fistules recto-vaginales dans son ensemble. Que l'abaissement rectal complète et protège une colpopérinéorrhaphie, qu'il résume, au contraire, à lui seul toute l'intervention, sa portée reste la même, il supprime la fistule. Son rôle est donc primordial, son efficacité supérieure et, pour dire toute ma pensée, je crois qu'en présence d'une fistule recto-vaginale quelconque on aura toujours avantage à subordonner à la nécessité première d'abaisser jusqu'à la peau la partie de la paroi rectale sise au-dessus de la fistule. La manœuvre est toujours possible ; elle dispense des sutures compliquées et des dédoublements parcimonieux, et je n'en connais pas qui puisse donner le résultat cherché avec autant de certitude et de simplicité. Quel que soit l'avenir de cette manière de voir, il n'en reste pas moins démontré que dans les cas analogues au mien, le nouveau procédé que je conseille offre une incontestable supériorité. Je crois donc utile de résumer en quelques lignes son mode d'exécution et, grâce aux deux dessins que je dois à mon maître Farabeuf, je n'ai pas à craindre d'être confus.

La malade étant préparée, endormie et placée en position dorso-sacrée, voici la succession et les particularités principales des temps opératoires qu'il convient d'exécuter (voy. fig. 1 et 2) :

1° *La dilatation de l'anus.* — Cette dilatation doit être digitale, lente, cadencée, suivant l'ancienne expression de Récamier, et aussi complète que possible. En procédant ainsi, la muqueuse n'éclate pas sous les doigts, on obtient un accès des plus larges, et ultérieurement, le sphincter recouvre toujours l'intégrité de ses fonctions.

2° *La libération par dissection du cylindre muqueux intra-anal.* — L'incision circulaire de la muqueuse anale doit porter à 2 ou 3 millimètres au-dessus de sa continuation avec la peau. Cette précaution est indispensable pour que

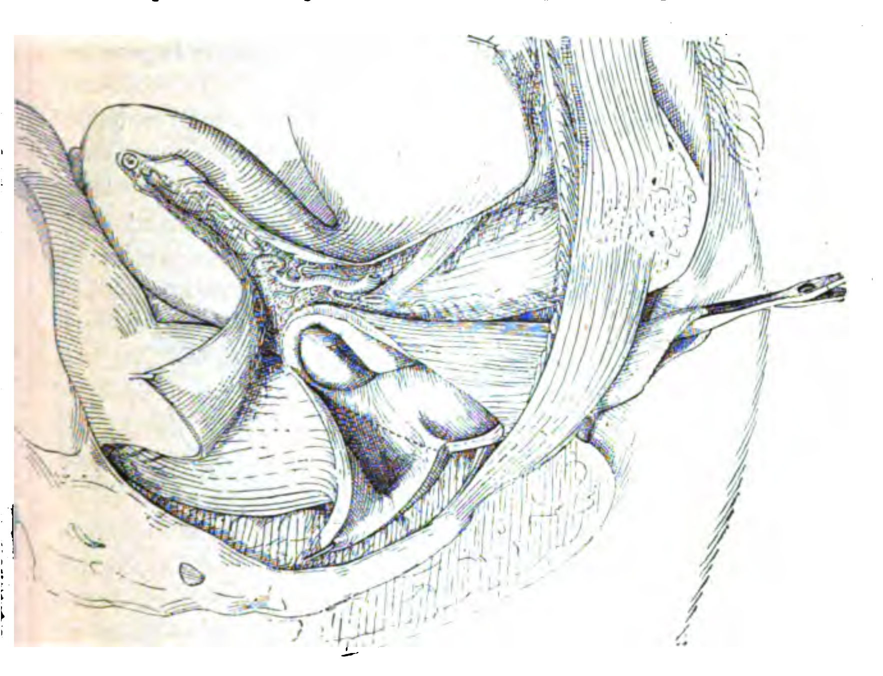


FIG. 1. — Cette coupe antéro-postérieure montre l'obliquité du plan suivant lequel j'ai réséqué le rectum. Un crochet soulevant le segment rectal en arrière, on voit en avant la communication recto-vaginale; elle conduit sur le col utérin qu'il était facile de voir et de toucher par le rectum. Au-dessus, un crochet soulève le péritoine épais qui double le cul-de-sac de Douglas et que j'ai décollé pour abaisser le rectum. En bas, une pince saisit la portion de rectum destinée à la résection; cette portion de rectum est mobilisée sur toutes ses faces et passe au centre de l'anneau musculaire sphinctérien.

la ligne de suture ultérieure soit bien cachée dans la dépression anale. La muqueuse une fois incisée circulairement, rien de plus simple que de la disséquer dans toute la hauteur du sphincter par une série de petits coups de ciseaux. Cela

fait, la béance du sphincter mis à nu est maintenue par deux écarteurs et vous pouvez saisir toute l'épaisseur des parois rectales pour procéder au temps suivant.

3° *Le dédoublement de la cloison recto-vaginale avec mobilisation, abaissement et résection du segment rectal situé au-dessous de la fistule.* — Le dédoublement de la cloison

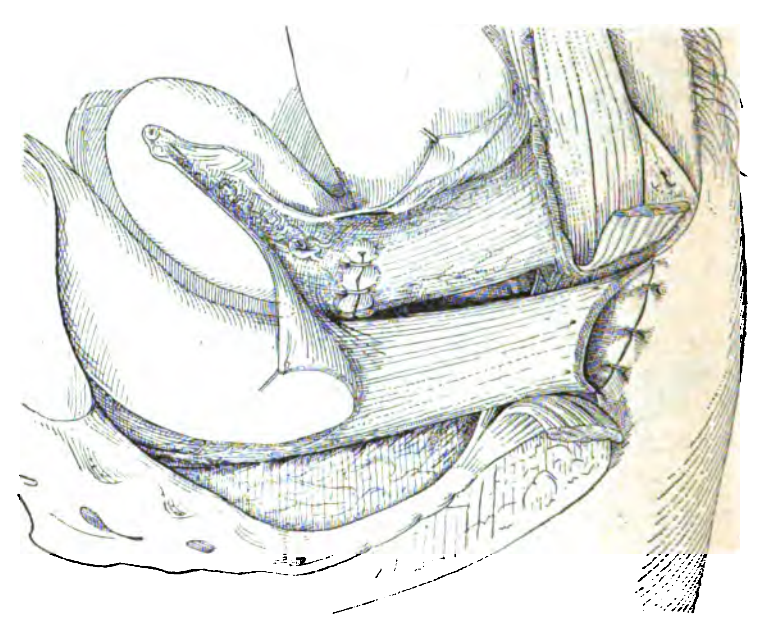


FIG. 2 — La figure 2 résume la réalisation de l'opération. En bas, la moitié droite du sphincter est sectionnée et relevée pour laisser voir la suture anale du segment rectal abaissé. En haut, au-dessous du péritoine de Douglas relevé par un crochet, et sur le cylindre vaginal, on voit l'orifice vaginal de la fistule fermé à l'aide de trois fils placés par le vagin.

doit être fait au doigt, sans le secours d'aucun instrument tranchant, jusqu'à la fistule. Le trajet de la fistule est alors tranché au bistouri; vous la dédoublez ainsi en deux orifices désormais indépendants, un orifice vaginal et un orifice rectal. Puis saisissant avec les doigts la paroi rectale antérieure au-dessous de son orifice fistuleux et laissant de

nouveau tout instrument tranchant, vous continuez le dédoublement recto-vaginal en le combinant à l'abaissement par traction, jusqu'à ce que la portion de rectum correspondant au bord supérieur de l'orifice rectal de la fistule soit suffisamment abaissée pour se laisser suturer à la collerette muqueuse qui borde la peau de l'anus. Pour faciliter ce temps de mobilisation et de dégainement une pince de Museux préalablement passée par le vagin, fixe l'utérus. L'abaissement du rectum se fait par tractions successives et le décollement périrectal s'exécute avec l'ongle du pouce. Mon observation démontre que la manœuvre est possible, quelle que soit l'élévation de la fistule, et que le péritoine épaissi de la cavité de Douglas se laisse refouler sans risquer de se rompre.

Au fur et à mesure que s'abaisse la paroi rectale antérieure, il est clair que les parties latérales et postérieures du cylindre rectal se plissent et saillent au dehors. Ce plissement doit être d'abord négligé, puis, lorsque l'abaissement de la paroi rectale antérieure est réalisé au degré voulu, vous libérez le cylindre rectal sur les côtés, puis en arrière, de quantité suffisante pour qu'il ne se plisse plus et pour que l'affrontement se fasse dans de bonnes conditions après la résection du segment rectal inférieur à la fistule. Si je me fais bien comprendre, on voit que cette résection doit être faite suivant un plan oblique de haut en bas et d'avant en arrière, passant, d'une part, par le bord supérieur de l'orifice rectal de la fistule et, d'autre part, au-dessus du bord postéro-supérieur du sphincter, à une distance variant évidemment avec les dimensions de la résection, c'est-à-dire avec la hauteur du siège de la fistule.

4° *La suture du rectum à l'anus.* — Cette suture se fait à la soie plate, suivant les règles habituelles; pour peu que le dédoublement recto-vaginal soit étendu, je crois prudent de laisser en avant la place d'un petit drain qui, pendant deux ou trois jours, assure l'écoulement des liquides qui peuvent suinter à ce niveau.

5° *La suture après avivement de l'orifice vaginal de la fistule.* — Cette suture se fait naturellement par voie vaginale. On pourrait s'en passer, puisque la communication rectale a disparu avec le temps précédent et que le store rectal forme la fenêtre vaginale; il est cependant préférable de fermer l'orifice vaginal avec quelques points de catgut pour que les sécrétions utéro-vaginales ne puissent pas s'insinuer dans la plaie qui résulte du dédoublement recto-vaginal.

6° *Le pansement.* — Le pansement, fort simple, est constitué par une mèche de gaze iodoformée placée dans le vagin. par un tube de caoutchouc placé dans le rectum pour l'échappement des gaz et par une compresse aseptique maintenue au-devant de la région ano-vulvaire par un bandage en T. Ce tube rectal est supprimé avec la première selle, le petit drain placé dans le dédoublement, au bout de quarante-huit heures, et vers le huitième jour, quand on enlève les fils, la guérison est réalisée. Il va de soi que la liberté quotidienne du ventre peut et doit être maintenue dès le premier jour, sans aucun souci des sutures anales dont il suffit d'assurer la propreté après chaque évacuation.

L'ÉPISPADIAS CHEZ LA FEMME

Par **M. Durand**, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Historique. — L'épispadias de la femme est une affection extrêmement rare, si rare que nous n'avons pu en trouver dans la science que 6 observations authentiques répondant exactement à ce nom. Il partage, du reste, ce caractère avec toutes les autres malformations des voies urinaires de la femme. Il est intéressant de mettre ici en parallèle la fréquence relative des malformations génitales, absence, imperforation, duplicité du conduit utéro-vaginal, avec l'extrême rareté des vices de conformation uréthraux et même vésicaux. On compte

les cas d'hypospadias, d'occlusion uréthrale, il n'existe peut-être pas d'exemple de duplicité (1). Parmi toutes ces monstruosités locales, l'exstrophie de la vessie qui, suivant Puech, se rencontre une fois sur 500,000 naissances, c'est-à-dire une fois sur un million de filles, est cependant la plus fréquente. Ce fait, un peu extraordinaire, s'explique sans doute par cette loi, émise autrefois par Geoffroy Saint-Hilaire, que les organes ont d'autant moins de tendance à être malformés qu'ils sont plus simples et apparaissent plus tôt dans l'évolution embryologique.

Jusqu'à ces derniers temps, même, on ignorait l'existence de cette anomalie et en 1863, dans sa belle thèse d'agrégation, le professeur Guyon affirmait que l'épispadias pas plus que l'hypospadias ne peut « être observé chez la femme ». Il admettait bien que l'exstrophie vésicale s'accompagnait d'épispadias, mais cette dernière malformation n'avait pas encore été observée et, en essayant d'adapter à l'organe féminin la définition qu'il donnait de l'épispadias vrai, il jugeait qu'elle était impossible.

Admise par Picardat (2), niée par la plupart des auteurs, l'existence de l'épispadias ne semble avoir été reconnue définitivement qu'en 1882 dans la thèse de Nunez (3), inspirée par M. Guyon. On trouve dans ce mémoire une observation fort intéressante, rangée sous le vocable épispadias, mais que pour nous, nous ne pouvons continuer à considérer comme telle. On verra plus loin que la lésion est plus avancée que dans l'épispadias vrai et que nous la mettons dans le cadre des exstrophies vésicales incomplètes, exstrophies sous-symphysaires. Alors paraît l'observation de Frommel. La seule année 1886 voit publier trois observations d'épispadias

---

(1) Testelin a publié (*Gazette médicale*, 1861) un cas dans lequel « immédiatement au-dessous du clitoris, à 3 centimètres de l'orifice rectal, il existait une ouverture irrégulièrement arrondie, tapissée d'une pseudo-muqueuse comme un orifice fistuleux ».

(2) Picardat. Th. Paris, 1888.

(3) Nunez. Th. Paris, 1862.

par Dohrn (1), Richelot (2), Bazy (3), puis M. Auffret (4) en rapporte une fort intéressante en 1892 et Himmelfarb (5) publie la dernière en 1893.

On voit combien est courte la bibliographie de la malformation qui nous occupe; nous aurons cité les 6 observations connues d'épispadias vrai quand aux cinq précédentes nous aurons ajouté une malformation décrite par Gosselin (6), qui constitue le cas le plus simple que présente actuellement la littérature médicale.

On voit que cette malformation est encore très mal connue, aussi les auteurs classiques, même les plus complets, ne lui accordent-ils que quelques lignes ; il n'existe pas de monographie de cette question de tératogénie féminine.

Anatomie pathologique. — Il importe d'abord de préciser très exactement ce qu'on doit entendre par épispadias. On ne peut en trouver de meilleure définition que celle adoptée par M. Guyon pour l'homme dans sa thèse d'agrégation : « *L'épispadias est une ouverture fissuraire plus ou moins* « *étendue de la paroi supérieure de l'urèthre avec ectopie de* « *ce canal.* » Le mot d'ectopie cependant manque un peu de précision, peut-être serait-il plus exact de dire : « *avec transport de ce canal au-dessus du tubercule génital* ». De cette façon, il faudra deux éléments pour qu'une malformation uréthrale rentre dans ce cadre : 1° que l'urèthre soit transporté au-dessus du clitoris; 2° qu'il manque une portion plus ou moins considérable de sa paroi supérieure.

Un troisième élément, négatif celui-ci, est encore nécessaire : il faut que la lésion soit bornée à l'urèthre et que la vessie ne soit pas touchée, au moins dans l'existence de ses

(1) Dohrn. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1886.
(2) Richelot. *Union méd.*, 1886.
(3) Bazy. Thèse agr. de Guinard, 1886.
(4) Auffret. *Cong. Fr. de chir.*, 1892.
(5) Himmelfarb. *Arch. f. Gyn.*, 1893.
(6) Coustou. *Bullet. de la Soc. anat.*, 1875.

parois. Son calibre peut être diminué, mais sa paroi intérieure doit être complète.

Les lésions de l'épispadias vrai peuvent présenter trois degrés; mais, avant de les exposer successivement, il est nécessaire de jeter un coup d'œil sur la disposition du canal excréteur de l'urine chez la femme en la considérant sur une coupe vertico-médiane (fig. 1).

On voit ainsi que ce conduit peut être divisé en trois portions. La première est virtuelle, en quelque sorte, elle comprend la portion supérieure du vestibule vulvaire. Celui-ci, en effet, peut être considéré schématiquement comme formé de deux parties superposées : l'une inférieure, continuant le vagin, s'étend de la fourchette au tubercule antérieur, c'est une portion génitale ; l'autre, supérieure, urinaire, continuant l'urèthre, a deux parois latérales constituées par chacune des petites lèvres, une paroi supérieure formée par le clitoris, une paroi inférieure formée par le plan idéal qu'on suppose séparer les deux portions ainsi comprises de la cavité uro-génitale.

Les deux autres portions du canal urinaire sont constituées par l'urèthre lui-même. La première s'étend du méat au plan symphysaire, urèthre sous-symphysaire, la dernière va de ce point, peu précis du reste, au sphincter vésical, c'est l'urèthre rétro-symphysaire. Suivant que le conduit urinaire manquera de l'une, des deux premières ou de l'ensemble de ces portions, on sera en présence de l'un ou de l'autre des trois degrés de l'épispadias.

Premier degré. — Ici, on a en quelque sorte ectopie simple de l'urèthre.

Dans ce cas, en effet, le méat est reporté au-dessus du clitoris, le conduit urinaire abandonnant le vestibule s'est égaré au-dessus de sa place ordinaire. Il a conservé ses dimensions, en principe au moins, mais sa portion antérieure n'a qu'une paroi inférieure.

En effet, le dos du clitoris lui constitue une paroi inférieure, il n'y a plus ni plafond ni parois latérales. La peau s'étend

directement de l'implantation clitoridienne au mont de Vénus en formant un plan incliné (fig. 2).

Cette malformation mérite le nom de « *épispadias clitoridien* ». Gosselin apprenait à ses élèves que cette anomalie peut se rencontrer ; il semble en avoir observé plusieurs exemples, mais ne le dit pas d'une façon précise. Il appelait simplement l'attention sur ces cas « assez fréquents qui peuvent offrir une difficulté pour le cathétérisme ». Il ne semble pas que personne depuis lui en ait observé, et les examens innombrables aujourd'hui en gynécologie devraient, s'ils étaient fréquents, en avoir révélé de nouveaux.

Coustou est assez sobre de détails. Il dit simplement que l'urèthre s'ouvrait au-dessus du clitoris et que ceci fut découvert par hasard sur une femme entrée à Lariboisière pour fibromes et qui avait été prise de rétention d'urine. C'est en voulant la sonder qu'on reconnut l'ectopie uréthrale.

On peut cependant supposer facilement, au moins pour schématiser, que le reste des organes vulvaires est normal. Le clitoris, le vestibule (sauf l'absence de méat), le vagin peuvent parfaitement offrir leur aspect habituel. Il est probable cependant que, comme c'est le cas ordinaire dans les autres degrés, l'ensemble de la vulve était un peu rapproché de l'anus.

L'épispadias au premier degré, clitoridien, est donc une malformation simple, consistant en un transport de l'urèthre à la face dorsale du clitoris. Il est entièrement, comme on voit, l'homologue de l'épispadias masculin, balanique et pénien. Dans les deux sexes, l'urèthre est de même reporté à la face dorsale du bourgeon génital développé. L'accroissement et la complication prises chez l'homme par cette formation fait que l'on peut chez lui considérer plusieurs degrés ; sa simplicité chez la femme ne lui en permet qu'un seul, celui que nous décrivons.

Bien que, à première vue, le nom d'ectopie uréthrale paraisse caractériser mieux ce vice de développement, il semble que le vocable épispadias soit plus exact car l'ec-

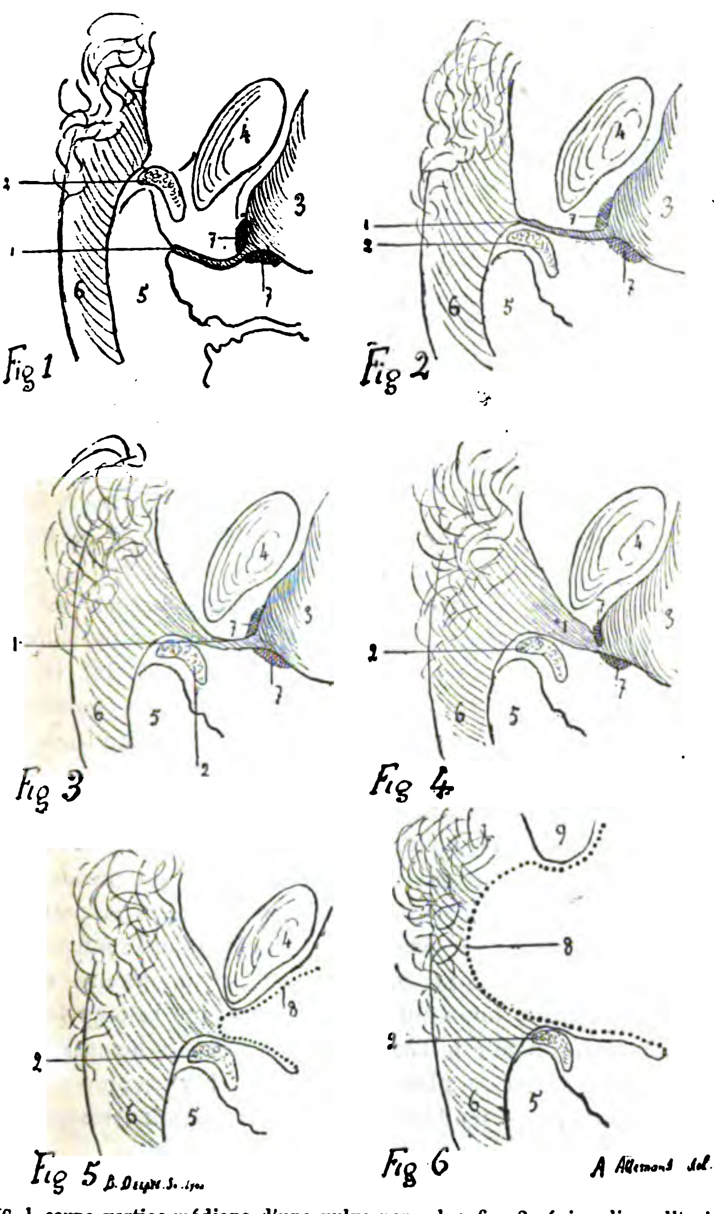


FIG. 1, coupe vertico-médiane d'une vulve normale; fig. 2, épispadias clitoridien; fig. 3, épispadias sous-symphysaire; fig. 4, épispadias total; fig. 5, exstrophie sous-symphysaire; fig. 6, exstrophie.

LÉGENDE. — 1, urèthre; 2, clitoris; 3, vessie; 4, symphyse pubienne; 5, petite lèvre; 6, grande lèvre; 7, sphincter vésical; 8 (ligne ponctuée), paroi postérieure de la vessie herniée à travers l'orifice de l'exstrophie.

topie n'est pas seule ; la paroi supérieure de la portion vulvaire manque au conduit urinaire considéré comme on l'a vu plus haut. Il se pourrait, cependant, que le clitoris porte à sa face dorsale une rainure analogue à celle que le gland représente chez l'homme en semblables occurrence et que le manteau préputial soit fendu comme dans le sexe fort. L'épispadias clitoridien serait alors tout à fait semblable au balanique ou pénien. L'observation de Coustou est trop succincte; sans supposer que sa malade ait présenté rien d'analogue, on peut toujours dire que l'auteur ne dit pas non plus que tout était parfaitement normal. La pathogénie montre que semblable ectopie suppose forcément que le bourgeon génital a été touché, elle nous autorise plus encore que l'anatomie pathologique à adopter cette division.

Deuxième degré. — Dans ce cas, la discussion n'est plus possible et de suite on voit que la définition de Guyon est entièrement applicable.

L'urèthre est situé au-dessus du clitoris, mais il est incomplet et il manque une portion de sa paroi supérieure.

On voit alors, comme l'a fort bien décrit Richelot (1), des déformations beaucoup plus accentuées que précédemment. On a, au-dessus du clitoris divisé dans le cas de Richelot, une gouttière ouverte en haut; c'est la portion anté-symphysaire du canal dont la paroi supérieure fait défaut ; cette gouttière se termine au milieu de l'ogive pubienne en se continuant avec la portion rétro-symphysaire qui paraît bien conformée, de calibre normal et s'ouvre dans la gouttière par un orifice arrondi fermé par adossement de la muqueuse.

La paroi inférieure du canal anté-symphysaire existe parfaitement, formant un plan que continue la face dorsale du clitoris. A partir de l'orifice qui constitue le méat, la paroi supérieure n'existe plus, de sorte qu'il y a une surface muqueuse ou cutanée déprimée, collée en quelque sorte contre la symphyse.

(1) Richelot. *Loc. cit.*

De chaque côté la forme en gouttière se continue insensiblement pour venir se relever au niveau de la paroi inférieure à l'attache clitoridienne.

Telle est la déformation principale, celle qui caractérise la variété que nous appellerons *épispadias sous-symphysaire* (fig. 3).

Il peut y avoir des vices accessoires du développement : division du clitoris, comme dans le cas de Richelot, avec ses conséquences obligatoires; absence de commissure antérieure et séparation des grandes et petites lèvres.

Le reste de la vulve est normal à moins d'accident surajouté, la symphyse doit être intacte.

Comme précédemment et aussi comme dans le troisième degré, la vulve tout entière est reportée un peu près de l'anus de façon, pour ainsi dire, à permettre à l'urèthre de trouver place entre les formations génitales et la symphyse.

Cette variété a été observée deux fois. Elle comprend les cas rapportés par Richelot et par Frommel.

Troisième degré. — Ce troisième degré de la malformation renferme les cas où il n'existe plus trace de paroi uréthrale supérieure. Celle-ci manque sur toute sa longueur, jusqu'au sphincter vésical qui forme au fond de la gouttière épispadique une bride plus ou moins saillante et crée au passage involontaire de l'urine un obstacle insuffisant.

La paroi inférieure de l'urèthre est formée par le clitoris ou plutôt par une lame unissant ses deux moitiés, car cet organe est, jusque-là, a toujours été vu divisé. A partir du sphincter, la muqueuse se relève brusquement pour s'accoler au pubis. Il existe ainsi une surface déprimée tendue entre le mont de Vénus et l'urèthre. L'orifice urinaire représente donc un infundibulum à vaste ouverture antérieure se terminant postérieurement au sphincter vésical.

On est autorisé à considérer ces faits comme des cas d'épispadias. Ce n'est pas encore une exstrophie, bien qu'on soit exactement à la limite. La paroi vésicale est intacte, en effet, et, par conséquent, par définition même, l'organe ne peut être considéré comme exstrophié.

Dans ce cadre, nous ferons rentrer les observations de Dohrn, Auffret, Himmelfarb (fig. 4).

Ce sont là les seuls cas connus d'épispadias vrai. Nous nous refusons à considérer comme tels le fait de Moricke (1) dans lequel il n'y avait pas d'urèthre. On voyait simplement un orifice urinaire large permettant d'introduire le doigt dans la vessie. C'est là un cas d'exstrophie sous-symphysaire. Il en est de même des malades de Kleinwachter (2), Gosselin (3), Nunez (4).

Ici, en effet, la malformation n'est plus seulement uréthrale et la vessie est touchée. Elle n'a plus gardé l'intégrité de sa paroi antérieure qui manque sur une partie, minime il est vrai, de son étendue.

Or, l'absence d'une partie, quelle qu'elle soit, de la paroi vésicale antérieure suffit à caractériser l'exstrophie.

Il n'est pas nécessaire que toute cette paroi soit absente pour que le malade soit un exstrophique. On doit donc s'élever contre l'opinion de Richelot qui dit que l'exstrophie sous-symphysaire n'est pas admissible. Nous sommes bien forcé d'admettre que l'absence de symphyse n'est pas du tout un élément primordial de l'exstrophie et que ce mot implique simplement absence plus ou moins complète de la paroi vésicale antérieure (fig. 5).

Quand on jette les yeux sur la planche qui termine la thèse de Nunez, on voit du premier coup qu'il ne s'agit pas d'un épispadias. On a un orifice considérable, avec saillie de la paroi vésicale postérieure. Rien ne rappelle un urèthre et, par conséquent, ne peut laisser admettre le vocable épispadias. Aujourd'hui que ces malformations sont mieux connues, on peut les classifier d'une façon plus exacte et il nous semble que l'exstrophie sous-symphysaire offre dans la gradation ascendante des faits tératologiques un intermédiaire

---

(1) MORICKE. *Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynäk.*

(2) KLEINWACHTER. *Monatsch. f. Geburtskunde*, 1869.

(3) GOSSELIN. *Gaz. des hôp.*, 1851.

(4) NUNEZ. *Loc. cit.*

caractérisé entre les épispadias et l'exstrophie vraie, mais qu'elle doit porter ce dernier nom.

On n'a vu, jusqu'ici, que les lésions de l'urèthre.

Il existe, à côté d'elles, des déformations sur lesquelles il faut maintenant attirer l'attention.

Clitoris.— Cet organe qui, en principe, pourrait être normal, est la plupart du temps divisé. Ses deux moitiés se sont séparées et chacune d'elles est restée adhérente par sa racine à la branche ischio-pubienne correspondante. Entre ces deux moitiés, il existe un pont membraneux, plus ou moins épais, représentant la cloison uréthro-vaginale normale et qui forme la paroi inférieure de l'urèthre. Le clitoris n'est normal que dans l'observation de Gosselin-Coustou et encore, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, nous supposons qu'il est normal, sans que Coustou le dise d'une façon précise. On peut donc poser en fait général que, dans l'épispadias, le clitoris est divisé.

Grandes et petites lèvres. — Généralement normales de dimensions, elles sont cependant souvent un peu atrophiées, n'offrant pas, dans la région vulvaire, la saillie qu'elles font généralement. Tout l'appareil génital externe, du reste, est plus ou moins atrophié ; le mont de Vénus, par exemple, est peu saillant, parfois peu pourvu de poils ; on n'y voit pas cet épaississement des tissus sous-cutanés qu'il offre à l'état normal. Atrophie plus ou moins marquée des formations labiales tel est donc le caractère ordinaire. Mais ce n'est pas là le fait important.

Celui-ci consiste dans l'absence de commissure vulvaire antérieure.

Au lieu de se réunir en avant au-dessus du clitoris, les grandes lèvres divergent et vont se perdre latéralement aux confins des régions pubienne et inguinale.

Les petites ne se rejoignent plus au manteau préputial du clitoris. La division de ce tubercule les sépare également. Leurs extrémités antérieures divergent, sont séparées par un intervalle plus ou moins considérable et se terminent sur un tubercule clitoridien auquel elles constituent un manteau.

Le relief est variable : elles ont un bord libre dentelé. Frommel a noté qu'elles se rattachent à l'anneau hyménéal par un tractus qui représente peut-être la bride du vestibule décrite par Pozzi à propos du développement de l'hymen.

Le *vagin* peut présenter des anomalies, mais elles sont surajoutées, ne faisant pas partie, à proprement parler, des lésions de l'épispadias. Il en est de même du périnée, de la symphyse pubienne, de la vessie qui, normale en principe, peut être un peu petite, un peu amincie.

PATHOGÉNIE. — L'épispadias de la femme, comme celui de l'homme, et comme l'exstrophie, est sous la dépendance d'une malformation des dérivés de la membrane anale. M. Vialleton a montré (1) que l'exstrophie vésicale s'explique par une hypertrophie du bouchon cloacal de Tourneux coïncidant avec un arrêt de développement corrélatif de la paroi infra-ombilicale de l'abdomen. Nous avons montré dans notre thèse que l'épispadias (2) chez l'homme et chez la femme s'explique de la même façon. Nous allons résumer rapidement la pathogénie que nous avons proposée, d'après notre maître M. Vialleton, renvoyant pour plus de détails embryologiques à son mémoire et à notre thèse.

On sait que l'urèthre de la femme est constitué aux dépens de la division antérieure de l'anus primitif séparé en deux canaux par la formation de l'éperon périnéal. Or, l'anus primitif et par conséquent l'urèthre, est creusé dans les tissus par la désagrégation et la chute d'une masse épithéliale qui porte le nom de bouchon de Tourneux, dérivé de la membrane anale. Ce bouchon a encore une sorte de prolongement qui s'enfonce dans les tissus voisins, se met en rapport avec les canaux de Müller, c'est-à-dire avec le vagin et vient creuser un sillon à la face inférieure d'une éminence qui se dresse à la partie inférieure de la paroi abdominale sous le nom de bourgeon génital. Ce bourgeon constitue par sa partie terminale le clitoris, par sa partie inférieure les petites lèvres. Ces dernières sont séparées l'une de l'autre par une

(1) VIALLETON. *Arch. prov. de chir.*, 1892.

(2) DURAND. *L'exstrophie vésicale et l'épispadias.* Thèse de Lyon, 1894.

cavité qui n'est autre que la vulve et qui est bientôt laissée libre par la chute des cellules de la lame de Tourneux. Normalement, les formations dérivées du bouchon de Tourneux ne font qu'entamer sans le traverser le bourgeon génital. M. Vialleton admet qu'elles peuvent s'égarer au-dessus de lui, et par conséquent donne une ectopie de l'urèthre qui sera situé au-dessus du clitoris. Comme généralement ce déplacement s'accompagne d'un excès de dimensions de la masse épithéliale, l'orifice devient trop grand et on a une exstrophie. Dans les cas d'épispadias, nous admettons que l'excès de dimensions n'est pas suffisant pour amener l'exstrophie et voici comment nous expliquons les trois degrés de l'épispadias féminin.

Épispadias clitoridien. — La lame clitoridienne et le bouchon cloacal ont simplement passé au-dessus du bourgeon génital dont ils auraient dû respecter le dos. Il y a donc ectopie de l'urèthre qui devient situé au-dessus du clitoris et, comme on l'a vu plus haut, manque par ce seul fait de paroi supérieure, de sorte que la malformation mérite bien réellement le nom d'épispadias.

Épispadias sous-symphysaire. — Ici, il y a, outre l'ectopie, une augmentation de volume de la masse épithéliale la plus superficielle. L'ouverture creusée sera donc trop grande et les deux premières portions de l'urèthre (vulvaire et sous-symphysaire) manquent de paroi supérieure. Il est bon de remarquer ici que, si la malformation est supposée ne porter que sur le bouchon de Tourneux et ses dérivés, le plancher de l'urèthre ne pourra pas être attaqué. Il provient, en effet, de l'éperon périnéal, c'est-à-dire d'une formation qui n'a rien de commun avec le bouchon de Tourneux puisque, plus solide que lui, en quelque sorte, elle le coupe en deux. Le clitoris, au contraire, est divisé par le passage de la lame épithéliale ; c'est là l'explication de sa bifidité ordinaire. Rien ne s'oppose, cependant, à ce que ces deux moitiés se rejoignent et se soudent, comme cela arrive normalement dans la formation de l'urèthre pénien de l'homme.

Épispadias rétro-symphysaire. — Ici, la déformation a la même pathogénie que dans le cas précédent, mais l'hypertrophie des dérivés de la membrane anale s'est montrée plus considérable et s'est avancée jusqu'à la vessie qu'elle a laissée intacte pourtant. L'urèthre manque donc entièrement de paroi supérieure. C'est bien là l'épispadias total. Un pas de plus, encore, que le bouchon de Tourneux envahisse ce qui doit devenir la paroi vésicale antérieure et, à sa chute, il donnera un hiatus abdomino-vésical, c'est-à-dire une exstrophie. Si celui-ci ne troue que la partie juxta-uréthrale de la vessie, on aura une exstrophie réduite, exstrophie sous-symphysaire par exemple, cadre dans lequel nous rangeons les observations de Nunez, Gosselin, etc. Si une plus grande partie de la paroi antérieure est emportée, on aura une exstrophie ordinaire, avec disjonction pubienne. On voit donc que, de cette façon, on comprend facilement les liens indiscutables qui relient étroitement les épispadias et les exstrophies, effets tous analogues d'une même cause dont l'intensité seule a varié.

Symptomes. — Les symptômes de l'épispadias sont de deux ordres. A l'examen direct, on constate des symptômes objectifs sur lesquels nous avons suffisamment insisté à propos de l'anatomie pathologique.

Subjectivement, les malades accusent généralement de l'incontinence d'urine. Celle-ci se montre, bien entendu, en rapport avec l'étendue de la lésion. La malade de Coustou ne perdait pas une goutte d'urine ; celle de Himmelfarb avait une incontinence complète. Tous les intermédiaires peuvent se rencontrer. Il est facile d'imaginer les caractères de cette incontinence, son exagération par la station verticale, la marche, les efforts, etc.

Les malades peuvent encore accuser des troubles génitaux et des accidents de cystite consécutifs à l'écoulement constant de l'urine et aux lésions qu'il détermine. Ce ne sont là que des complications de la lésion : ses véritables symptômes sont révélés par l'examen local.

Traitement. — Dans l'épispadias, comme dans la plupart des autres malformations, le chirurgien doit être poussé à l'intervention par deux sortes de considérations. Les premières, d'ordre physiologique, regardent la fonction. On est bien obligé, en quelque sorte, de prendre le bistouri quand une malade vient demander à être débarrassée d'une infirmité aussi répugnante que l'incontinence d'urine. Ces personnes qui ne peuvent jouir de la vie de tous ont, en somme, le droit d'exiger davantage, quand la chirurgie peut le leur donner. Les considérations génitales ont presque la même importance. Dès que la malformation atteint un certain degré, alors même qu'il n'y aurait pas incontinence, les malades ne peuvent satisfaire entièrement leurs aspirations génésiques, et ce point particulier n'est pas sans quelque intérêt. Le second ordre est purement moral. On sait que les malformations, quelle que soit leur peu d'importance fonctionnelle, ont toujours sur le caractère une influence malheureuse. Leurs porteurs sont préoccupés de leur lésion, et alors même que toutes leurs fonctions s'exécutent régulièrement, ils demandent volontiers à une intervention même grave de faire disparaître leur imperfection.

Ces quelques considérations sont suffisantes pour autoriser l'intervention, dans la plupart des cas, toutes les fois qu'elle peut donner un bénéfice.

Il est des cas cependant, où la malade n'a rien à demander et, par conséquent à obtenir. Il ne serait venu à personne l'idée de vouloir guérir la malformation de l'observation de Gosselin-Coustou. Pourquoi, dans ce cas, vouloir amener au-dessous du clitoris, c'est-à-dire à sa place normale, l'urèthre qui s'était égaré au-dessus ? La malade avait si peu à souffrir de cette anomalie uréthrale qu'elle ne la connaissait très probablement pas. Dans ce cas donc, et dans tous les cas semblables, il faudrait s'abstenir.

Toutes les fois qu'on interviendra, il y aura deux buts à atteindre : 1° réformer l'urèthre en le plaçant autant que possible à sa place ordinaire ; 2° restaurer les organes génitaux et leur donner une physionomie normale.

Le deuxième point sera, en général, le plus facile à obtenir. Dans ce but, nous proposerons pour modèle le procédé employé par Schröder dans l'observation de Frommel.

Il consiste à reformer la commissure antérieure avec tous ses éléments : clitoris, grandes et petites lèvres, portion inférieure du mont de Vénus.

Pour cela, on doit faire disparaître l'espèce de gouttière glabre qui s'étend entre les racines divergentes du clitoris et le mont de Vénus. On disséquera pour l'enlever soigneusement, le revêtement muqueux de cette gouttière, de facon à en rapprocher les deux lèvres par des sutures. Dans ce but, deux incisions s'ouvrant de chaque côté de cette surface. Se réunissant en haut sur la ligne médiane, elles aboutissent en bas au tubercule clitoridien. Elles formeront donc les deux côtés latéraux d'un triangle dont la base, inférieure et transversale, sera constituée par une ligne unissant les deux moitiés du clitoris.

Ce triangle sera soigneusement débarrassé de son revêtement muqueux. En faisant cette dissection, on se comportera pour la délimitation du bord inférieur, suivant la forme et les connexions de ce dernier entre l'urèthre et les portions voisines. La face interne de chacun des tubercules clitoridiens sera soigneusement avivée.

Ce travail minutieusement exécuté, il faudra, par des sutures, rapprocher les bords de la portion cruentée. Plusieurs plans de suture devront être employés. Les portions qu'on mobilise paraissant, d'après le rapport des auteurs, assez faciles à affronter, il est bon de faire des plans interstitiels et des plans superficiels. Il nous semblerait avantageux d'employer, pour bien réunir ces surfaces, la suture entortillée. Deux épingles analogues à celles qu'on emploie pour les lèvres semblent devoir maintenir dans une position convenable les tissus sus-clitoridiens.

On en passerait une immédiatement au-dessus du clitoris, l'autre un peu plus haut. Quelques points superficiels convenablement placés suffiront à fermer la plaie dans sa partie supérieure.

On devra s'attacher à donner au clitoris une forme à peu près normale en tachant de suturer au-dessus de lui les deux moitiés distinctes de son manteau. Quelques points au fil d'argent fin sont nécessaires ici.

On aura de cette façon reconstitué d'une façon bien suffisante la commissure vulvaire antérieure ; le résultat obtenu par Schöder, figuré dans le travail de Frommel, est très probant et ne peut qu'encourager dans cette voie. Tout cela peut se faire en une seule séance.

Mais ce n'est là, en quelque sorte, que la fin du traitement, sa partie la moins compliquée et aussi la moins importante. Le plus difficile et le plus variable, c'est la restauration de l'urèthre. Ici, il faut considérer plusieurs cas. Ceux-ci paraissent distincts, moins peut-être par la profondeur de l'infundibulum épispadique que par l'évasement, plus ou moins grand de son embouchure, et par les rapports qu'il affecte avec le plan du vestibule, la paroi vaginale.

Trois méthodes semblent pouvoir être préconisées. Nul doute du reste qu'il ne puisse s'en produire d'autres, inventées en présence d'un cas un peu spécial par un chirurgien au fait des opérations qui se pratiquent pour remédier aux vices de conformation acquis ou congénitaux de la région vulvaire.

Dans une première méthode, on pourrait employer le procédé d'Himmelfarb. Ce dernier imagina de rétrécir et d'allonger à la fois l'urèthre. Pour cela il dessina et aviva de chaque côté du méat, un croissant dont la concavité embrassait l'urèthre et qui représentaient chacun un tiers de circonférence. Dans la concavité du croissant était compris un petit lambeau muqueux, qu'il souleva de sorte qu'on avait de chaque côté un petit volet tenu par une base uréthrale. Il adossa la face muqueuse de chacun de ces lambeaux, ce qui allongeait d'autant les parois uréthrales, puis il sutura les croissants avivés en rapprochant le bord supérieur du bord inférieur de chacun d'eux. Il avait donc ainsi effacé en quelque sorte les deux tiers de l'urèthre. Les petits lambeaux une

fois revenus sur eux-mêmes, et modifiés par la rétraction cicatricielle, constituerait autour de l'orifice un bourrelet assez analogue à celui qui environne le méat normal. Le résultat de cette opération fut fort encourageant.

On peut dans certains cas être forcé d'intervenir directement sur l'infundibulum, en en diminuant les dimensions. Pour cela, il faut faire disparaître une partie de sa surface en disséquant un triangle muqueux, dont la pointe plonge dans l'urèthre et dont la base est tournée en avant. On rapproche ensuite les deux bords de ce triangle par des points de suture convenablement placés. On voit de suite que cette méthode demande des conditions particulières. Il faut, en effet, que les tissus soient suffisamment mobiles pour glisser et permettre la mobilisation de la muqueuse et sa suture. Ce procédé, en intervenant directement sur les dimensions de l'orifice, paraît devoir donner d'assez bons résultats. Il peut être employé seul ou servir dans une intervention complémentaire pour parfaire un résultat encore incomplet.

Il nous semble, enfin, qu'on pourrait appliquer ici une méthode analogue à celle que Lawson Tait a imaginée pour la périnéorrhaphie. On pourrait sans doute obtenir une diminution considérable du calibre de l'orifice en augmentant, par ce procédé, les dimensions de l'espace qui sépare l'urèthre du vagin. Dans ce but, nous proposons deux incisions longitudinales réunies en H par une incision transversale dédoublant en une paroi vaginale et une uréthrale la cloison uréthro-vaginale. On résèquerait, s'il y a lieu, une portion de la paroi de l'urèthre, puis on suturerait comme dans le procédé de Lawson Tait. Nous croyons que, par ce moyen, on diminuerait d'une façon très sensible la difformité et que, en recourbant vers la symphyse la portion antérieure de l'urèthre, on pourrait peut-être assurer assez facilement la continence urinaire.

On doit avouer que les tentatives de restauration sont encore trop peu nombreuses pour dicter une conduite ferme au chirurgien. Le plan, du reste, ne peut être tout tracé

d'avance. Il se pose là une question d'autoplastie dont les détails et même la donnée générale, paraissent devoir varier avec chaque cas.

Quant au résultat, on peut admettre qu'il dépend surtout du degré de la malformation. Ce qui intéresse le plus les malades, c'est évidemment la disparition de l'incontinence. Or, s'il n'y a pas d'urèthre et si les parois de l'infundibulum sont très écartées et peu mobilisables, il y a peu de chances pour qu'on arrive à un bon résultat. Il ne faut pas cependant se hâter trop de désespérer; on doit se rappeler que plusieurs interventions sont souvent nécessaires pour amener la continence, et c'est en combinant les méthodes, en rétrécissant progressivement le canal, qu'on peut espérer atteindre le but rêvé. On se rappellera qu'il n'est pas nécessaire que l'urèthre soit contractile pour être continent, que l'adossement de ses parois peut remplacer le sphincter, et dans certains cas, on pourrait peut-être utiliser la méthode de torsion uréthrale qui a donné quelques résultats contre l'incontinence provenant d'autre cause.

MODIFICATIONS HISTOLOGIQUES DE CHACUN DES TISSUS NORMAUX DANS LA SALPINGO-OVARITE

Par **E. Reymond.**

L'étude des modifications histologiques subies par les tissus de l'ovaire et de la trompe nous sera singulièrement facilitée par ce que nous avons déjà dit de la salpingite à gonocoques et de la salpingo-ovarite à streptocoques; tels sont, en effet, les deux grands types qu'on peut opposer l'un à l'autre et qui, différant entre eux par la topographie microbienne, les symptômes, le pronostic, la forme extérieure des annexes, diffèrent encore par les modifications histologiques.

Est-ce à dire que la microbiologie des annexes se résume à ces deux termes? Certes non, mais les autres microbes sont

moins importants, soit à cause de leur rareté, soit à cause de leur innocuité, soit parce qu'ils sont venus infecter secondairement les annexes et ont laissé à la lésion l'aspect que lui avait imprimé le premier agent infectieux.

Contentons-nous donc de faire l'énumération rapide de ces espèces microbiennes, que nous avons ailleurs plus longuement étudiées (1).

Le *pneumocoque* a été trouvé un certain nombre de fois dans des salpingites d'aspect fort différent. Le nombre des salpingites à *staphylocoques* paraît peu considérable : on ne doit pas confondre le staphylocoque avec certain coccus saprophyte qui lui ressemble. L'*actinomycose* n'a été trouvée qu'une fois dans la trompe : *le bacille de l'œdème malin*, *le streptococcus longus conglomeratus*, *le streptococcus brevis* y sont exceptionnels.

Quant aux microbes saprophytes, sans énumérer ceux qu'il nous a été donné de découvrir dans des salpingites anciennes, rappelons qu'ils paraissent correspondre à des espèces vivant normalement dans le vagin ou le col : leur présence dans d'anciennes salpingites blennorrhagiques paraît comparable à celle des microbes saprophytes de l'urèthre antérieur pénétrant dans l'urèthre postérieur à la suite de la chaude-pisse (2).

Ces microbes saprophytes ne dépassent pas la muqueuse alors même qu'il semble tout d'abord en être autrement. (Fig. 1.)

Quant aux microbes venus secondairement dans les annexes à la suite d'adhérences, le plus intéressant est le *bacterium coli*. Lorsque nous eûmes pour la première fois, en 1893, dans le service de M. le professeur Guyon, l'occasion d'étudier cliniquement une salpingite contenant du *coli commune*, nous crûmes avoir affaire à une rareté pathologique ; depuis, nombre d'auteurs ont trouvé cette bactérie, nous-même en

---

(1) E. Reymond. Thèse Paris, 1895, p. 114.

(2) E. Reymond. *An. des mal. des org. génit.-urin.*, octobre 1893.

avons réuni six observations. L'adhérence avec l'intestin, tel est le grand caractère des salpingo-ovarites qu'elle habite; quant à la forme des annexes et à leur caractère histologique,

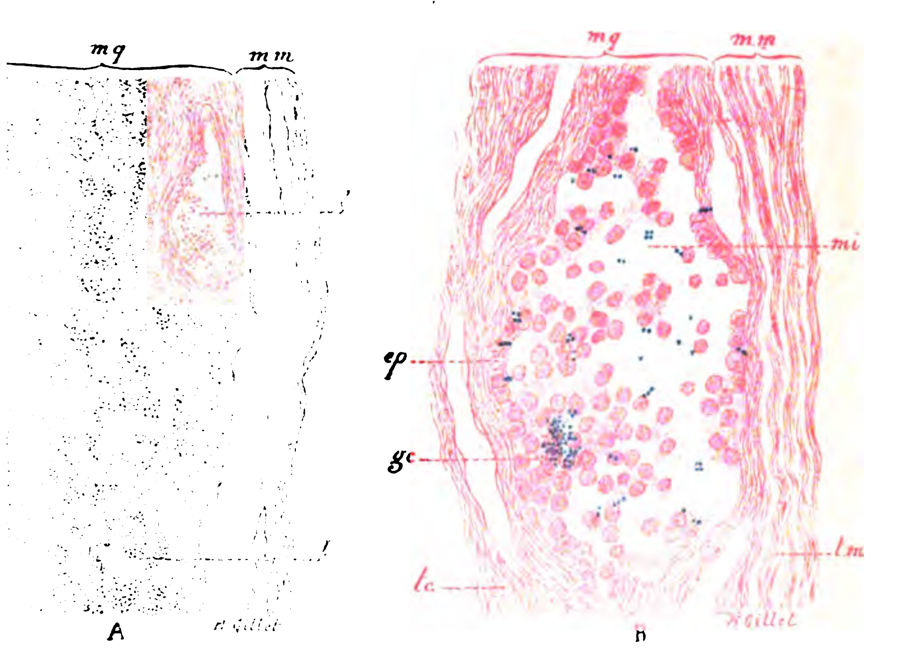


FIG. 1. — Distribution de microbes saprophytes dans une endosalpingite ancienne.

A. — Paroi de la trompe vue à un faible grossissement; *m.q.*, muqueuse très hypertrophiée; *m.m.*, couche musculaire; *e.*, épithélium de revêtement; *k.*, kyste folliculaire; *b.*, région reproduite dans la fig. ci-jointe.

B. — Région *b* vue à un fort grossissement; *m.q.*, muqueuse au contact de la musculeuse; *m.m.*, couche musculaire; *m.i.*, micro-organisme en tétracoque; *g.c.*, groupe de cocci; *e. p.*, cellule épithéliale contenant des cocci; *t.c.*, tissu conjonctif; *t.m.*, tissu musculaire sain, ne contenant pas de micro-organismes.

ils dépendent de l'infection première sur laquelle est venue se greffer celle du *coli commune*.

Tous ces microbes n'ont, comme nous l'avons dit, qu'une importance secondaire à côté du gonocoque et du strepto-

coque : telles sont les deux espèces auxquelles sont dues les deux grandes formes de salpingites. Nous allons voir maintenant quelles lésions histologiques sont communes à ces espèces et quelles les distinguent.

I. — Muqueuse et contenu de la trompe

Il existe une forme de salpingite où la muqueuse seule se trouve lésée, c'est l'*endosalpingite*, qui paraît très rare en comparaison des cas où les tissus sont modifiés dans toute leur épaisseur.

L'*endosalpingite* est peut-être cependant plus fréquente qu'elle ne le semblerait, si on s'en tenait aux pièces fournies par les opérations ; elle ne provoque pas toujours des symptômes justifiant une intervention : si on intervient plus tard, c'est qu'à l'endosalpingite a succédé une forme intéressant plus profondément les tissus. Mais d'autre part, cette endosalpingite peut guérir et les endosalpingites guéries sont probablement nombreuses. Dans toutes les endosalpingites que nous avons eu l'occasion d'étudier, c'est le gonocoque qui paraissait devoir être incriminé.

Le plus souvent, dans les salpingites opérées, les lésions portent sur toute l'épaisseur de la trompe : les modifications que présente alors la muqueuse sont dues non seulement à son inflammation, mais aussi aux modifications des tissus voisins, à la présence du liquide dans la lumière, à la pression concentrique de la couche musculaire, aux troubles vasculaires qui s'y produisent.

a) *Disposition des franges.*

Sous l'influence de l'inflammation, les franges d'abord deviennent plus grandes, les ramifications plus nombreuses ; l'infiltration cellulaire distend le tissu conjonctif, écarte les surfaces épithéliales, tend à effacer les fines ramifications et à donner à la frange un aspect globuleux.

Jusqu'où peut aller cette hypertrophie? Si les causes d'arrêt de développement que nous allons étudier, tardent à se produire, les dimensions qu'atteindront les franges peu-

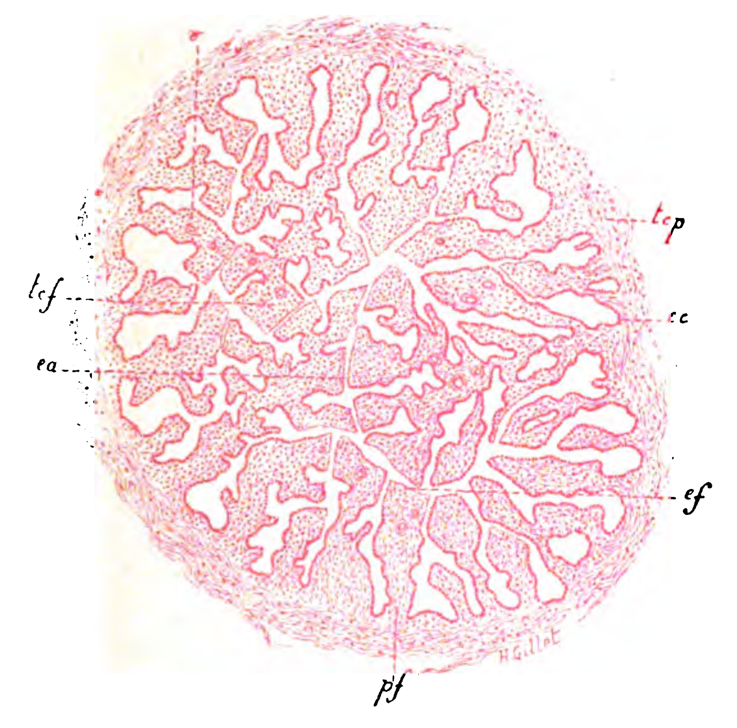


Fig. 2. — Salpingite végétante dans laquelle les franges se compriment réciproquement (observ. X).

t. c. p., tissu conjonctif périphérique de la muqueuse; *e. f.*, extrémité aplatie d'une frange ; *p. f.*, pied de cette frange ; *e. c.*, épithélium cylindrique entre deux franges ; *e. a.*, épithélium aplati à l'extrémité de la frange ; *vs*, vaisseaux ; *t. c. f.*, tissu conjonctif de l'extrémité d'une frange se continuant avec celui de la frange située bout à bout; il n'y a plus de trace d'épithélium ; la soudure des deux franges est rompue sur la préparation par rétraction des tissus.

vent être considérables ; c'est la forme de *salpingite végétante.*

Cependant, même dans cette forme, il est rare que toutes les franges prennent un développement aussi considérable ; elles arrivent toujours à se gêner mutuellement, aussi voit-on le plus grand nombre se transformer en petit bourgeons arrondis, tandis que celles qui restent continuent à s'accroître.

Les causes de gêne apportées au développement des franges sont les suivantes :

1° *Pression réciproque ;*

2° *Étranglement de la muqueuse par la couche musculaire ;*

3° *Pression du liquide distendant la trompe ;*

4° *Troubles de la circulation.*

1° L'observation qui a permis de dessiner la planche 2, offre un type des modifications que peuvent subir les franges par *pression réciproque.*

La lumière de la trompe y est très large et cependant elle est comblée par les franges. Les plus grosses d'entre elles appuient leurs extrémités (*e. f.*) sur celles du côté opposé ; il se produit à ce niveau un aplatissement réciproque ; les franges ne sont plus limitées que par des lignes brisées et s'emboîtent les unes dans les autres comme les parties d'un jeu de patience.

L'épithélium subit une transformation curieuse sous l'influence de la pression ; dans le fond du cul-de-sac, où son développement est peu gêné, il reste cylindrique (*ec*), mais au point où se compriment les franges (*ea*) il s'aplatit. Si la pression est trop forte, il disparaît et les deux franges se réunissent ; en *t. c. f.* on voit les surfaces par lesquelles s'étaient soudées les deux franges ; la soudure, encore fraîche, est rompue sous l'influence de la rétraction des tissus.

Lorsque les franges s'unissent ainsi (fig. 3) d'un côté à l'autre de la trompe, elles peuvent constituer un grand nombre de kystes, ou encore elles séparent la lumière en plusieurs lumières secondaires de formes variables et irrégulières ; mais jamais cette lumière ne peut disparaître par ce

procesus d'adhérences, parce que jamais ces adhérences ne se constituent en tous les points de la muqueuse.

2° *L'étranglement de la muqueuse par la couche musculaire* se produit dans le cas où cette dernière augmente d'épaisseur en rétrécissant la lumière de la trompe. La compression se produit latéralement par les franges voisines et non plus à l'extrémité par les franges opposées ; si des adhérences se produisent entre les franges, il subsiste d'une part une lumière au centre, et d'autre part, entre les pédicules des franges, une série d'espaces libres affectant souvent sur la coupe la disposition de rayons de roue.

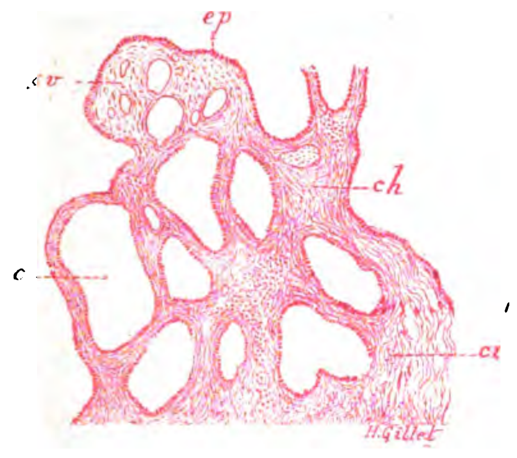


FIG. 3. — Coupe d'un fragment de salpingite *végétante kystique ;* la lumière très large était remplie par les franges hypertrophiées ; celles-ci adhéraient entre elles et limitaient une série de kystes semblables à ceux représentés dans cette figure.

c., cavité épithélio-kystique ; *e. v.*, extrémité vasculaire d'une frange ; *e. p.*, épithélium ; *c. h.*, hypertrophie du tissu conjonctif de la frange ; *c. i.*, cellules inflammatoires.

3° *La pression exercée par le contenu de la trompe* amène rapidement un arrêt de développement des franges ; la fig. 4 est prise sur un hydrosalpinx paraissant formé depuis peu ; le liquide est abondant et distend les parois de la trompe ;

les franges sont par places encore longues et nombreuses et flottent dans le liquide ; mais en d'autres points elles sont appliquées contre la paroi et tendent à y adhérer par leur extrémité libre (*fa*) ; on trouve alors sur les coupes de longs espaces (*c*) paraissant isolés du reste de la lumière, parallèles à la surface de la paroi, limités d'un côté par le pied de la frange et de l'autre par l'adhérence de son extrémité (*fa*). Ces espaces, qui communiquent d'abord avec la lumière, finissent par s'isoler complètement et devenir des cavités closes (*c*) ; celles-ci peuvent secondairement se segmenter en cavités plus petites (*ci*) qui parfois tendent à disparaître.

4° *La gêne de la circulation* représente la dernière des causes arrêtant le développement des franges. Au début, cette circulation est d'une grande richesse ; mais bientôt les vaisseaux voient leur calibre diminuer ; un certain nombre s'oblitèrent ; dès lors la quantité de sang fournie par le réseau profond est insuffisante pour les réseaux vasculaires de nouvelle formation qui se sont constitués dans les franges ; de là résulte une tendance à l'atrophie de ces dernières. C'est dans les formes où l'artériosclérose est le plus prononcée, qu'on voit souvent la muqueuse réduite à une grande couronne de cellules épithéliales plates séparées de la couche musculaire par une mince bande de tissu conjonctif dense.

b) *Épithélium.*

L'inflammation de la trompe détermine sur l'épithélium une double tendance : desquamation et remplacement rapide de l'épithélium abandonné par la muqueuse. Il peut se faire que la chute épithéliale soit si prompte, que le tissu conjonctif reste à nu ; c'est là ce qui arrive parfois dans l'endosalpingite blennorrhagique ; mais dans le plus grand nombre de salpingites à streptocoques c'est plutôt le phénomène inverse que l'on peut constater : le remplacement épithélial est plus rapide que la desquamation ; on trouve alors plusieurs couches de cellules épithéliales.

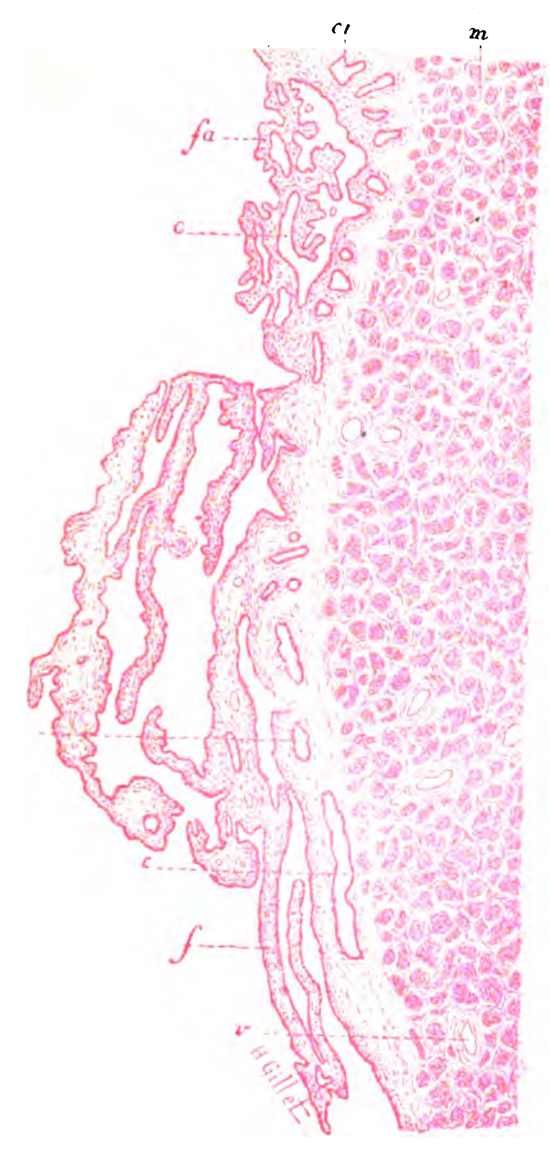


Fig. 4. — Muqueuse mince d'une hydrosalpingite dont les franges couchées sur les parois, y adhèrent par leurs extrémités et forment de longues cavités.

m., couche musculaire ; *f.*, frange couchée dans la paroi, mais non encore adhérente ; *f. a.*, frange tenant à la paroi par son pédicule et par son extrémité devenue adhérente ; *c.*, cul-de-sac fermé par la frange précédente tendant à devenir une cavité indépendante ; *c. i.*, cavités isolées devenant plus petites par segmentation ; *r.*, vaisseau.

De même que la transformation des franges, la prolifération épithéliale semble être sous la dépendance des modifications successives subies par les vaisseaux.

La chute épithéliale elle-même varie suivant l'époque de la salpingite; pendant la période aiguë ou subaiguë, les cellules épithéliales tombent isolément; dans la salpingite chronique, l'épithélium quitte la muqueuse par lambeaux.

La forme des cellules épithéliales dépend de bien des conditions; quand tombe la cellule normale elle est généralement remplacée par une cellule de forme analogue mais n'ayant pas de cils vibratiles; l'épithélium devient d'autant plus bas que la lésion est plus chronique. Mais cet aplatissement de la cellule est dû aussi en grande partie à un phénomène mécanique de compression; en *c a* (fig. 2), les cellules étaient tout à fait aplaties; elles étaient cylindriques en *e c*; c'est là une disposition que l'on retrouve dans tous les cas analogues.

Parmi les autres modifications que peuvent subir les cellules épithéliales, signalons la dégénérescence granulo-graisseuse.

Bolat (1) a insisté sur la transformation possible des cellules inflammatoires; cette transformation déterminant une disparition complète de l'épithélium permettrait, d'après lui, aux parois de s'accoler et à la lumière de disparaître complètement.

Nous ne croyons pas, comme nous l'avons déjà dit, que la lumière puisse disparaître par un processus de ce genre.

c) *Contenu de la salpingite.*

La trompe peut contenir du sang, du liquide séreux, du pus. C'est celui-ci qui nous intéresse surtout: son aspect microscopique est aussi différent qu'il est possible.

---

(1) BOLAT. Salpingite interstitielle. *Americ. Journ. of obstetric.*, 1888. p. 124.

Dans le cas de salpingite blennorrhagique aiguë ou subaiguë, le nombre des leucocytes est considérable ; nous avons eu l'occasion d'insister dernièrement sur les rapports qu'ont entre eux ce pus et celui de l'uréthrite blennorrhagique de l'homme (1).

Tout différent est le pus d'une salpingite consécutive à la présence du streptocoque, surtout si l'infection est ancienne. Le pus est alors presque exclusivement constitué par des cellules épithéliales desquamées. Nous en avons décrit les différentes modifications à propos de la salpingite à streptocoques.

Dans certaines salpingites, presque toutes les cellules desquamées se trouvent en dégénérescence granulo-graisseuse ; celle-ci commence, alors que la cellule tient encore à la muqueuse ; elle s'accentue de plus en plus ; il arrive un moment où toutes les gouttelettes graisseuses qui se sont formées aux dépens de la cellule, se désagrègent et nagent dans le contenu de la salpingite.

On y trouve assez souvent des cellules conjonctives jeunes paraissant venir du tissu sous-épithélial laissé à nu par la desquamation de l'épithélium.

II. — La musculeuse

Les lésions de la musculeuse se trouvent dues à des influences bien différentes : influences locales des micro-organismes, causes mécaniques comme la distension de la trompe par un liquide, peut-être troubles d'innervation, en tous cas troubles vasculaires. En ce qui concerne ces derniers, on peut suivre les modifications simultanées de la couche musculaire et des vaisseaux : tout porte à croire que l'un est la cause de l'autre.

L'hypertrophie est la première des modifications que subit

(1) E. Reymond. Remarques sur les caractères du pus dans la salpingite blennorrhagique. *Société anatomique*, avril-mai 1895.

la musculeuse ; comment s'effectue cette augmentation du nombre des cellules musculaires ? Faut-il penser qu'il se produit un processus analogue à celui que Forster a cru voir dans le développement des léomyômes ? Les cellules musculaires existant à l'état normal se multiplieraient-elles par division ? En tout cas, ce ne doit pas être là le seul mode de formation des nouvelles cellules musculaires ; en effet, l'épaississement de cette couche ne se fait pas seulement sur place, il empiète sur la muqueuse. Les follicules de la trompe en sont un exemple ; il est vrai que différents auteurs, Williams (1) entre autres, ont attribué la formation de ces follicules à des prolongements des culs-de-sac épithéliaux s'enfonçant dans les tissus jusque sous le péritoine et se trouvant ensuite étranglés, transformés en cavités indépendantes.

Nous n'avons jamais rencontré cette disposition : les cavités épithéliales trouvées dans la musculeuse étaient des cavités closes. Elles n'entraient pas dans la couche musculaire ; c'est celle-ci qui les englobait en se substituant à la muqueuse.

Cette dernière reçoit à l'état normal quelques prolongements que l'on peut considérer comme une *muscularis mucosæ ;* à l'état pathologique, cette disposition peut être très exagérée.

Or, cette nouvelle formation de cellules musculaires se fait surtout aux dépens des cellules inflammatoires, qui accompagnent les vaisseaux ; ceux-ci enveloppés de ces jeunes cellules, constituent les travées conductrices des fibres musculaires de nouvelle formation.

Ainsi paraît se constituer l'hypertrophie de la couche musculaire ; elle peut devenir sept ou huit fois plus considérable que la muqueuse.

L'atrophie est souvent consécutive à l'hypertrophie. Les

---

(1) WILLIAMS. Contribut. à l'étude de l'anat. normale et pathol. de la trompe. *Americ. J. of Med. sciences*, oct. 1891, t. II, p. 377 ; *Cent. f. Gyn.*, n° 14, p. 272, et *Annales de gynécol.*, 1892, p. 377.

influences mécaniques et le manque de vascularisation peuvent en être les causes. Mais le plus souvent elle est due à l'envahissement du tissu conjonctif qui étouffe les faisceaux musculaires et tend à se transformer en tissu fibreux. Dans bien des cas, la couche musculaire n'est hypertrophiée qu'en apparence; au microscope on constate qu'il s'agit de tissu fibreux dans lequel ne subsistent que de rares faisceaux musculaires.

Le manque de vitalité de la fibre musculaire peut se manifester par d'autres modifications; nous avons vu plusieurs fois la cellule musculaire prendre un aspect rappelant la dégénérescence vitreuse des fibres striées; quelquefois les cellules contiennent par places de larges vacuoles; mais la transformation la plus fréquente est la dégénérescence granulo-graisseuse.

Il est peu probable que les modifications de la cellule musculaire soient dues à la présence même du micro-organisme, quoique nous ayons trouvé des micro-organismes dans l'intérieur de la gaine.

En revanche, les modifications du tissu cellulaire paraissent bien être dues à la présence immédiate des micro-organismes, des streptocoques en particulier. Ceux-ci peuvent déterminer une véritable cellulite non seulement dans la trompe, mais encore et surtout dans l'aileron de celle-ci.

Nous avons toujours considéré que les cellules inflammatoires arrivaient par les lymphatiques. Mais telle n'est pas l'opinion de certains auteurs, entre autres de Bolat (1). Celui-ci aurait vu le noyau des fibres musculaires se diviser, le diamètre augmenter; puis, chaque fuseau se fragmenterait, et ainsi se trouvaient constituées un certain nombre de cellules inflammatoires.

III. — Vaisseaux

Les lésions des vaisseaux dans les salpingites ont été incom-

(1) Bolat. Salpingite interstitielle. *American Journ. of obstetrics*, 1888 p. 124.

plètement étudiées. Orthmann insiste surtout sur les ruptures pouvant se produire et déterminer un hématosalpinx; il ne dit rien des endartérites et des phlébites : ces dernières lésions ont frappé Savinoff (1) ; sa description est incomplète mais les dessins qu'il donne sont fort exacts.

Comme pour les éléments précédents, il est nécessaire

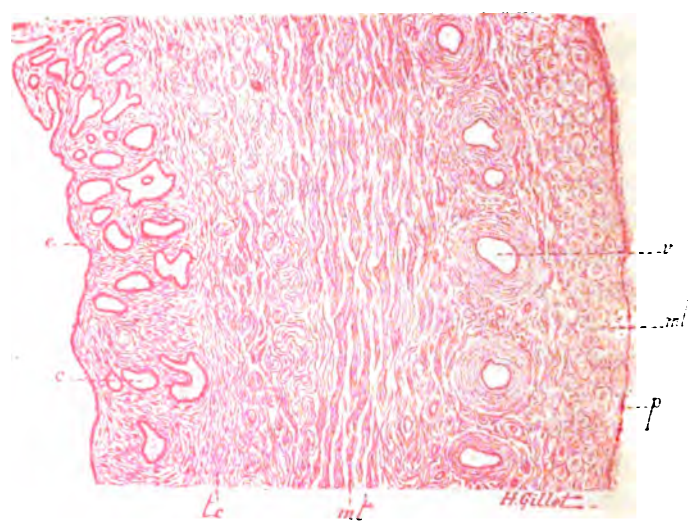


FIG. 5. — Sclérose. Franges disparues. Enkystements épithéliaux.

v., vaisseaux sclérosés formant entre les deux couches musculaires une couronne régulière ; *p.*, péritoine ; *m.l.*, fibres musculaires longitudinales ; *m.t.*, fibres musculaires transversales ; *t.c.*, tissu conjonctif de la muqueuse ; *c.*, cavité kystique épithéliale ; *e.*, épithélium.

pour les vaisseaux d'étudier leurs lésions aux différents âges de la salpingite. La congestion constitue toujours la première des modifications vasculaires, mais elle ne se produit pas toujours au même niveau. Dans l'endosalpingite blennorrhagique, c'est la muqueuse qui se trouve le plus congestionnée; c'est en ce cas que les franges peuvent être si riches en capillaires et petits vaisseaux que ceux-ci paraissent cons-

(1) SAVINOFF. Salpingitis chron. productiva vegetans. *Loc. cit.*

tituer toute la charpente de la frange; la congestion est moins marquée dans les autres couches de la trompe.

Inversement, il semble qu'au début de la salpingite consécutive à un état puerpéral, les régions les plus congestionnées ne soient pas la muqueuse, ni même la musculeuse : c'est au niveau de l'aileron que la vascularisation est le plus considérable. Peut-être cette disposition ne persiste-t-elle pas longtemps.

Entre ces deux extrêmes se placent les cas les plus nombreux où la congestion se produit dans toute l'épaisseur de la trompe; les vaisseaux d'une certaine importance se développent alors de préférence sous le péritoine et dans le tissu cellulaire séparant les deux tuniques musculaires. La fig. 5 donne un exemple de cette disposition; les vaisseaux (*v*) formaient dans les coupes une couronne très régulière entre les deux couches de muscles *mt* et *ml*.

L'état congestif marque le début de toute salpingite; ce processus ne tarde pas à se modifier; toutes les lésions dont vont être maintenant atteints les vaisseaux contribueront au même résultat : diminuer leur calibre et leur nombre. C'est dans la salpingo-ovarite à streptocoques que nous avons pu étudier les lésions suivantes.

Les cellules inflammatoires qui enveloppaient l'artère se sont organisées en tissu conjonctif plus ou moins dense. La tunique externe est fort épaissie; au début on en distingue bien les éléments, on voit que les vasa vasorum ont augmenté de nombre et de volume et pénètrent plus profondément la paroi artérielle; mais ensuite, la tunique externe se présente comme une couche continue, de couleur ambrée, d'apparence amorphe.

Les modifications de la tunique interne sont plus faciles à suivre : l'épaississement considérable qui se produit à son niveau peut être régulier, ou bien se localiser à un certain niveau et déterminer un gros bourgeon faisant saillie dans l'artère. L'hypertrophie porte sur divers éléments.

Dans la figure 6, prise sur l'artère la plus importante de la

trompe, on voit que la prolifération cellulaire a lieu d'une part en dedans de la lame élastique, c'est-à-dire dans la tunique interne, et d'autre part en dehors de cette lame, c'est-à-dire dans la tunique moyenne. Les jeunes cellules qui

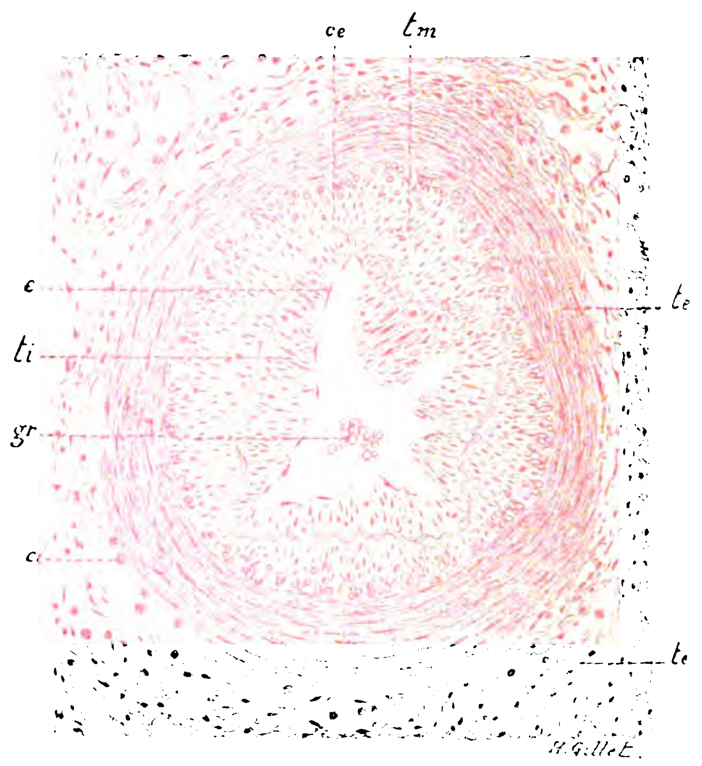


FIG. 6. — Endartérite.

t. e, tunique externe ; *t. m.*, tunique moyenne ; *c. e*, couche élastique interne ; *t. i.*, tunique interne ; *e.*, épithélium ; *g. r.*, globules rouges ; *c. i.*, cellules inflammatoires ; *t. c.*, tissu conjonctif.

constituent l'épaississement sont un peu allongées, à noyaux se colorant bien ; elles dirigent leur grand axe vers le centre de l'artère : l'endothélium est normal.

Mais il est assez fréquent de constater que l'épaississement

s'est produit seulement aux dépens de la tunique interne : c'est en général ce qui arrive lorsqu'il est irrégulier et sous forme de bourgeon faisant saillie dans la lumière.

Enfin, l'endothélium est parfois atteint lui aussi; il peut l'être seul. Il est fréquent de voir les cellules endothéliales gonflées, presque sphériques, mais gardant encore leur rapport avec la paroi. Il peut se faire une prolifération endothéliale.

Ces lésions des vaisseaux peuvent-elles être indépendantes de l'infection et dues seulement à l'artériosclérose? Williams (1), qui a noté l'endartérite au niveau des trompes, insiste sur ce qu'il ne l'a jamais trouvée que chez les multipares et la compare à celle qu'on trouve parfois au niveau de l'utérus. Peut-être la congestion pathologique de la trompe produit-elle sur les artères un processus analogue à celui que la congestion physiologique de l'utérus détermine sur ses vaisseaux.

Mais il est bien certain que l'endartérite peut, d'autre part, se produire dans la trompe, sous l'influence même des micro-organismes; nous avons pu, dans plusieurs cas, colorer ceux-ci au niveau des artères malades; il s'agissait chaque fois de la même espèce microbienne : le streptocoque pyogène.

Nous avons trouvé ce micro-organisme mêlé aux cellules inflammatoires qui enveloppent l'artère comme d'un manchon. Mais c'est surtout dans les cas où le vaisseau est thrombosé que les streptocoques se voient le mieux. Ces thromboses des artères (fig. 7) paraissent se produire à la suite de l'oblitération presque complète de la lumière par la déformation de l'endartère. Il se fait alors un caillot qui bouche ce qui restait de lumière; les streptocoques se retrouvent dans l'épaisseur du caillot et tapissent aussi la paroi.

Les lésions des veines paraissent de nature encore plus nettement infectieuse que celles des artères. On trouve sou-

---

(1) WILLIAMS. Contrib. à l'anat. normale et pathol. de la trompe. *Loc. cit.*

vent un gonflement et une prolifération de cellules endothéliales; au-dessous, la tunique interne est tantôt régulièrement épaissie, tantôt présentant des bourgeons; des capillaires de nouvelles formations pénètrent la tunique interne; les thromboses paraissent dues à la déformation des parois et à l'oblitération partielle de la lumière.



FIG. 7. — Artériole et veinule juxtaposées : toutes deux thrombosées.
V., veinule ; *c.*, caillot de thrombose ; *e.*, cellules endothéliales boursouflées ; *m.*, faisceaux musculaires longitudinaux qui accompagnent la veine : hypertrophie de ces faisceaux ; *A.*, artériole ; *c.*, caillot de thrombose ; *e.*, cellules endothéliales boursouflées ; *c. e.*, couche externe hypertrophiée et sclérosée.

Les lésions des capillaires suivent celles des autres vaisseaux; nous en avons trouvé dont la lumière était remplie par des streptocoques.

La première fois que nous avons eu l'occasion de constater la présence de streptocoques dans la lumière d'un vaisseau, nous avons été étonné qu'ils aient pu s'y trouver sans

déterminer des symptômes aigus de pyohémie ; il est difficile de supposer qu'un certain nombre d'entre eux ne soient pas entrés dans la circulation générale; il est vrai, comme nous le verrons, qu'il s'agit d'une forme dont la virulence est si atténuée qu'il faut employer des procédés spéciaux pour la déterminer à cultiver : dès lors, on peut admettre que ceux des streptocoques ayant été entraînés par le sang, se sont trouvés incapables de s'y reproduire.

Cette question de l'infection du sang par le streptocoque peu virulent est encore mal connue. MM. Labadie-Lagrave et Basset (1) concluent de travaux entrepris sur ce sujet, que la présence de streptocoques dans le sang est non seulement une chose fréquente, mais une règle absolue dans toute infection de nature puerpérale ; selon eux, chaque fois qu'une puerpérale présente de la fièvre, même si l'on est très éloigné de l'époque où s'est produite l'infection, on peut être certain de trouver des streptocoques dans le sang. La présence de ces microbes dans la circulation n'aurait pas du tout la gravité que nous avons coutume de lui attribuer : cette gravité dépendrait du degré de virulence des streptocoques.

Il nous reste à étudier les lésions des lymphatiques ; elles se produisent en même temps que celle des vaisseaux sanguins : cependant l'importance de chacune d'elles peut être très différente et l'infection lymphatique ou sanguine prédominer de façon marquée.

Les lymphatiques de la muqueuse et des franges ont été signalés à l'état normal depuis longtemps par Orthmann (2) ; il avait remarqué que lorsque s'écartent les deux revêtements épithéliaux d'une frange, la charpente de celle-ci est parcourue par un espace libre auquel il donne la valeur d'un lymphatique, quoique ne l'ayant jamais trouvé revêtu de cellules endothéliales. Quand la muqueuse est infectée, ce

---

(1) LABADIE-LAGRAVE et BASSET. *Congr. de gynécologie*. Bruxelles, septembre 1893, p. 319.

(2) ORTHMANN. *Loc. cit.*

lymphatique s'élargit et se remplit de cellules inflammatoires auxquelles peuvent se trouver mêlés des streptocoques.

IV. — Ovaire

Les lésions de l'ovaire accompagnent presque toujours celles de la trompe : on a été longtemps sans le reconnaître. Popoff (1) fait remarquer qu'en 1887, sur 274 cas de salpingites réunis, on n'avait trouvé que sept cas d'ovarite. M. Terrillon a insisté dans différentes publications, sur la rareté des lésions de l'ovaire au cours de la salpingite. Par contre, pour Monprofit (2) il est peu de cas où l'inflammation de la trompe ne soit accompagnée de modifications du côté de l'ovaire.

La fréquence de la dégénérescence scléro-kystique est non douteuse, mais tandis que pour Nagel (3), Olshausen (4), Ziegler (5), Leopold (6), la formation des kystes folliculaires ne doit pas être considérée comme pathologique, Hegar, Kaltenbach (7), Prochownick (8), Bulius (9) ont professé l'opinion contraire. M. Pozzi ne paraît pas attacher très grande importance aux lésions ovariennes : il cite cependant les travaux de Paul Petit, qui a établi une longue classification des lésions ovariennes.

Nous n'avons aucunement l'intention de reprendre ces travaux, mais nous tenons d'une part à insister sur la fréquence considérable des lésions de l'ovaire, et d'autre part à placer en regard les micro-organismes qui en sont la cause; enfin nous voudrions chercher dans quel ordre se présentent

(1) Popoff. *Arch. f. Gyn.*, 1894.

(2) Monprofit. Salpingite et ovarites. Thèse Paris, 1888.

(3) Nagel. *Arch. für Gynækologie*, 1887. Bd. XXXI, Heft. 3, p. 327.

(4) Olshausen. Die Krankh. der Ovarien. *Handb. der Chir. von Pitha und Billroth*, Bd. IV, B. 6.

(5) Ziegler. *Lehrbuch der allg. und spec. path. Anatomie*, 1886, p. 924.

(6) Leopold. *Arch. für Gyn.*, 1883, Bd. XXI.

(7) Hegar et Kaltenbach. *Oper. Gynäk.*, 1886.

(8) Prochownick. *Arch. f. Gyn.*, 1886, Bd. XXIX, Heft. 2, p. 183.

(9) Bulius. *Centr. für Gyn.*, 1889, n° 32, p. 568.

les différentes lésions et à quel état des trompes elles correspondent.

Au cours d'une annexite l'ovaire peut être atteint de deux façons différentes : par la périphérie, ou par le hile à travers les tissus.

Il n'est pas rare de trouver l'ovaire enveloppé par de fausses membranes qui paraissent d'abord faire corps avec lui; parfois même elles ne se laissent pas détacher et c'est seulement en pratiquant des coupes histologiques qu'on s'aperçoit que ce tissu est surajouté à celui de l'ovaire.

D'où vient cette péri-ovarite? Il est probable qu'il s'agit d'une inflammation consécutive à l'écoulement du pus de la trompe dans le péritoine : ce pus détermine une péritonite très localisée et un enveloppement de l'ovaire par le tissu inflammatoire; plus tard, l'ovaire pourra rompre ses adhérences et garder sa coque : cette libération d'adhérences ne doit pas nous étonner lorsque nous voyons, comme dans les observations de Rorthorn, Zedel (1), Desguin (2), de petits foyers purulents pouvant à la longue se libérer de leurs adhérences et constituer un kyste ne tenant plus qu'à la trompe dont elles enveloppent le pavillon. Cet enveloppement de l'ovaire n'empêche pas qu'il puisse d'autre part être infecté par le pédicule, mais il se peut que l'inflammation soit seulement périphérique, et c'est là ce qui se produit au cours de la *salpingite blennorrhagique*; les lésions sont alors peu profondes, on ne trouve pas de collection purulente ovarienne; la seule influence de la coque inflammatoire paraît être de le comprimer, d'y gêner la circulation, d'y déterminer enfin les lésions de l'ovarite scléro-kystique.

Cette inflammation périphérique de l'ovaire, est la seule qu'admettent encore le plus grand nombre des auteurs ; c'est la seule que puissent reconnaître ceux pour qui la salpingite est toujours consécutive à une infection ascendante de la muqueuse; pour la plupart d'entre eux les lésions profondes

(1) ZEDEL. *Lot. cit.*, p. 81.
(2) DESGUIN. *Lot. cit.*, p. 31.

de l'ovaire sont dues à des influences mécaniques, à des troubles de la circulation, mais les micro-organismes ne persistent pas dans la profondeur.

Cependant, il faut expliquer les kystes purulents de l'ovaire; les auteurs en question pensent, avec Bland Sutton (1), que le kyste s'est infecté dans ce cas en crevant dans la trompe; mais que dire alors des abcès de l'ovaire ne communiquant pas encore avec la trompe ?

La question ne fait plus aucun doute pour nous, depuis que nous avons trouvé non seulement dans les kystes purulents, mais aussi dans l'épaisseur de l'ovaire et dans les lymphatiques de l'aileron, des micro-organismes appartenant toujours d'ailleurs à la même espèce : le streptocoque.

Aussi la fréquence de l'infection profonde de l'ovaire est-elle probablement proportionnelle à la fréquence des salpingites à streptocoques, c'est-à-dire, pensons-nous, beaucoup plus grande qu'on ne le croit.

Voyons maintenant, d'après les pièces que nous avons examinées, dans quel ordre se présentent les lésions de l'ovaire quand celui-ci est infecté dans sa profondeur.

De même que la trompe, il semble que l'ovaire passe par deux phases successives : congestion et hypertrophie, atrophie et sclérose. Au début, les vaisseaux se dilatent et se multiplient ; des traînées de cellules inflammatoires infiltrent le tissu cellulaire, surtout au niveau de l'aileron ; elles pénètrent en petite quantité seulement le stroma ovarien où on les trouve le long des vaisseaux ; cette forme du début doit se rencontrer rarement sur les pièces enlevées chirurgicalement ; on n'opère pas à cette époque de la maladie. En revanche nous avons pu l'étudier sur des pièces provenant de femmes mortes à la suite d'infection puerpérale subaiguë ou chronique ; les streptocoques se montrent nombreux, surtout dans le tissu cellulaire de l'aileron et autour des vaisseaux ; on en trouve des îlots dans le parenchyme de la glande.

(1) Bland Sutton. *Loc. cit.*, p. 250.

C'est à la suite de cette congestion que l'organe paraît avoir une tendance à l'hypertrophie ; celle-ci se manifeste nettement au niveau de la couche ovigène ; les ovisacs augmentent de volume et de nombre ; la couche ovigène peut être criblée de follicules se touchant tous et étant tous trois ou quatre fois plus volumineux qu'à l'état normal ; plus tard, quelques-uns d'entre eux continueront à grossir tandis que tous les autres tendront à s'atrophier.

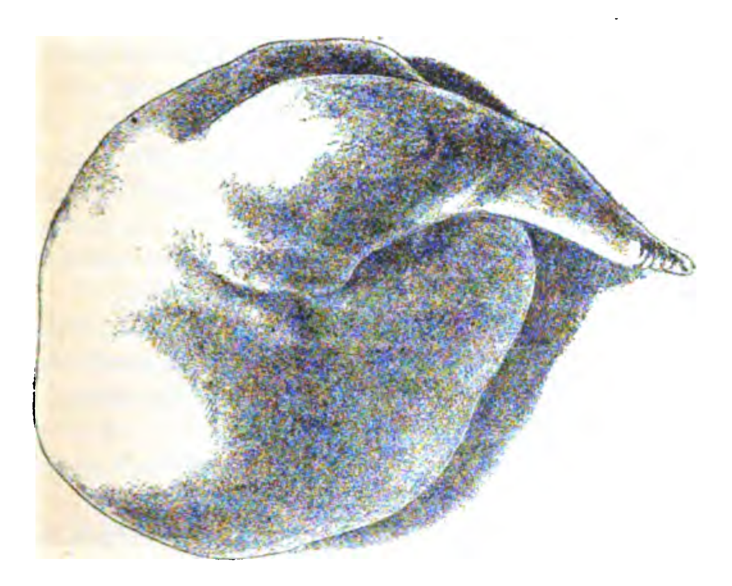


Fig. 8. — Type d'un volumineux abcès de l'ovaire communiquant avec la trompe.

Nous ne nous occuperons pas des hémorrhagies qui peuvent se faire dans ces kystes folliculaires, les transformant en kystes sanguins qui contiennent tantôt du sang pur et tantôt du sang mélangé à de la sérosité ; mais nous voulons insister sur la transformation purulente de ces kystes.

Les kystes purulents de l'ovaire, qu'ils soient isolés ou bien ouverts dans la trompe, sont d'une extrême fréquence : il est vraiment extraordinaire qu'on ait pu les considérer comme une rareté (fig. 8).

Les kystes purulents sont généralement plus gros que les kystes séreux se trouvant sur le même ovaire. Peut-être parce que le kyste purulent grossit plus vite que les autres ; peut-être parce qu'il s'est développé avant les autres alors que l'infection ovarienne était à sa période aiguë.

Au début, le kyste purulent a une structure très analogue à celle d'un kyste folliculaire : le tissu ovarien enveloppant le kyste est seulement plus riche en capillaires et en cellules inflammatoires : l'épithélium du kyste peut encore se conserver par places ; le liquide en est louche, contenant un nombre égal de leucocytes et de cellules épithéliales.

A une période plus avancée, le kyste a perdu son enveloppe folliculaire ; ses parois, qui peuvent avoir conservé une apparence unie, présentent en dehors une couche de tissu embryonnaire, une zone où celui-ci s'est organisé en tissu fibreux et enfin, plus en dehors, une zone constituée par le parenchyme ovarien très riche en vaisseaux.

Mais souvent ces kytes purulents tendent à communiquer ; l'épaisseur de l'ovaire est alors creusée d'une cavité anfractueuse constituée par une série de loges régulières communiquant entre elles par des orifices circulaires.

Il est souvent difficile de savoir si l'on a affaire à un kyste devenu purulent ou à un abcès de l'ovaire.

A côté des kystes et abcès de l'ovaire, signalons la présence de corps jaunes pouvant présenter les caractères de ceux de la grossesse ; on conçoit du reste facilement que, si la congestion utérine pendant la grossesse peut déterminer, par influence de voisinage, des modifications dans les corps jaunes, la congestion pathologique de l'ovaire puisse déterminer sur eux des modifications analogues.

Telle est la période pendant laquelle tous les éléments de l'ovaire ont une tendance à s'hypertrophier et à proliférer ; vient ensuite celle où ils tendent à s'atrophier et à dégénérer. Les vaisseaux et le tissu conjonctif jouent le rôle important dans cette transformation. Les vaisseaux subissent les mêmes modifications que dans la trompe et diminuent l'apport du sang. Le tissu conjonctif s'organise en tissu fibreux com-

primant les vaisseaux, les fibres musculaires et les filets nerveux.

Cette sclérose peut ne pas être rétractile tout d'abord ; le développement du tissu conjonctif peut même donner un grand développement à l'ovaire : *ovarite chronique hypertrophique*. Mais il arrive un moment où ce tissu se tasse, en étouffant de plus en plus les éléments de la glande : c'est l'*ovarite chronique atrophique*, que nous appellerions volontiers la *cirrhose atrophique* de l'ovaire.

Que deviennent les follicules au milieu de cette évolution du tissu conjonctif ? Les follicules normaux tendent à disparaitre, les petits kystes folliculaires paraissent faire de même, mais les kystes plus gros persistent, donnant lieu à la forme si fréquente d'ovarite scléro-kystique ; il semblerait même que ces kystes puissent continuer à grossir, alors que le travail de sclérose est fort avancé.

C'est encore à cette période qu'on peut voir le tissu ovarien atteint de dégénérescence graisseuse : celle-ci se produit au niveau des muscles, des parois des kystes folliculaires, et surtout des kystes purulents ; on retrouve alors dans le contenu de ceux-ci des parcelles de graisse nageant dans le pus.

REVUE GÉNÉRALE

CAUTÉRISATION INTRA-UTÉRINE (d'après SANGER). REMARQUES SUR LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE (OLSHAUSEN). RÉGÉNÉRATION DE LA MUQUEUSE DE L'UTÉRUS APRÈS LE CURETTAGE (WERTH).

Par le Dr R. Labusquière.

I

Certes l'introduction du curettage antiseptique, dans le traitement de la métrite chronique, a réalisé un réel progrès. Sans insister sur les résultats excellents, presque inespérés parfois qu'il donne, et que, personnellement, nous

avons eu le bonheur de constater dans des cas puerpéraux (accidents de nature hémorrhagique et septique), il est certain qu'en particulier dans les formes invétérées, relativement rares, ayant abouti à de grosses altérations de la muqueuse (endométrite hyperplasique, hémorrhagique, etc.), il a rendu l'intervention thérapeutique beaucoup plus efficace, beaucoup plus prompte. Mais, et les partisans les plus résolus du curettage le reconnaissent et l'ont toujours reconnu, je crois, le curettage ne suffit pas, seul, à assurer, toujours la guérison. Aussi, le plus souvent, a-t-on soin, le curettage terminé, d'évacuer soigneusement l'utérus et de soumettre, ensuite, sa surface interne à l'action d'un topique dont la nature varie au gré et suivant l'expérience des opérateurs (glycérine créosotée, teinture d'iode, perchlorure de fer, nitrate d'argent, chlorure de zinc, etc.).

La cautérisation joue un rôle très important dans l'intervention. Or, cette cautérisation soulève plusieurs questions qui ont été plus ou moins complètement étudiées par les auteurs : a) quelle est la meilleure technique opératoire, *b*) le porte-caustique le plus pratique, *c*) le moment le plus favorable pour pratiquer la cautérisation, *d*) l'intervalle qu'il est utile, nécessaire de laisser entre les interventions, etc. Il est clair, qu'à plusieurs de ces questions il sera répondu diversement. Par exemple, la question du meilleur porte-caustique risque fort de ne pas attirer une réponse uniforme. Le professeur Pajot appliquait à bien des cas, tout en reconnaissant le trop absolu de la lettre, la formule « *tant vaut la main, tant vaut l'outil* ». Et en effet, on peut avec des porte-caustiques différents, et malgré des variantes dans la technique opératoire, faire de bonnes et efficaces cautérisations. Mais, d'autres points, celui par exemple de l'intervalle à laisser entre les cautérisations, présentent un réel intérêt. Aussi, désirons-nous faire connaître assez complètement un travail que Sänger a, récemment, consacré à la cautérisation intra-utérine (1).

(1) Il semble bien, d'après cet article de Sänger, que, si la curette a pris

Comme porte-caustique, Sänger (1) donne la préférence à un instrument emprunté à la gynécologie américaine, qu'il a connu par hasard et dont l'inventeur est resté ignoré malgré les recherches faites pour le connaître. Cet instrument consiste dans une tige en pur argent, longue de 0,22 centim. et se fixant sur une poignée en laiton argenté. La longueur totale de l'instrument est environ de 0,30 centim. Cette tige est tout à fait plate dans son tiers antérieur (un peu plus d'un millimètre), s'épaissit dans son tiers moyen, pour devenir arrondie et cylindrique dans son tiers postérieur, tout en conservant toujours sa largeur. Aucun sillon, aucune gouttière, surface parfaitement lisse. De plus, la tige est malléable, flexible comme une bougie ordinaire, mais non élastique, c'est-à-dire qu'elle ne revient pas, automatiquement, à sa forme primitive. D'autre part, sa ténuité, sa finesse et sa flexibilité permettent, après l'avoir entourée de coton chargé de caustique, de l'introduire jusqu'au fond de l'utérus sans qu'on soit obligé de fixer la portion vaginale du col. Suivant la largeur de la cavité cervicale, on entoure la portion supérieure de la tige avec plus ou moins d'ouate, *mais celle-ci toujours d'un seul morceau*, afin qu'on puisse, sûrement, la retirer toute. A l'extrémité supérieure, on dispose l'ouate à la manière d'une sorte de pinceau, de houppe, qu'on presse contre le fond de l'utérus de telle façon que le liquide caustique exprimé puisse refluer et revenir sur la muqueuse de l'utérus. La portion inférieure de l'ouate descend assez bas pour rester au-dessous de la portion vaginale du col, ce qui permet de la saisir en même temps que la tige porte-caustique avec une pince et, ainsi, de ne pas risquer d'en laisser dans la cavité utérine.

Sänger consacre ensuite son attention aux différents types

une large place dans la thérapeutique intra-utérine, les caustiques ne sont pas près d'être abandonnés par tout le monde.

(1) Ce qui suit n'est que l'analyse très étendue du travail de SÆNGER. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 25, p. 596.

de spéculums employés pour l'intervention en question, et après avoir reconnu les avantages du spéculum de Cusco, modifié par Trélat, conseille, comme spéculum de choix, le *petit* spéculum bivalve de Neugebauer. Et, après s'être arrêté à certains détails d'instrumentation, d'outillage, d'examen, etc., il aborde la question de la *cautérisation intra-utérine étudiée à un point de vue général.*

On a à peu près abandonné les **caustiques solides** à cause de leur action trop profonde, des coliques et des atrésies qu'ils peuvent occasionner.

L'injection de solutions caustiques faibles, particulièrement de teinture d'iode, faites avec la seringue de Braun, compte encore de chauds partisans (Mackenrodt, p. ex.). Mais Sänger croit qu'il y a avantage à remplacer ces injections relativement abondantes de la cavité utérine par les badigeonnages avec un pinceau d'ouate imbibé de caustiques appropriés.

Les **pommades médicamenteuses** sont encore bien moins actives que les caustiques liquides. Elles nécessitent des applications fréquentes, condition suffisante, d'après Sänger, pour les déconseiller.

Un procédé fort recommandable consiste dans les **lavages caustiques** suivant la méthode de Bandl.

Les **cautérisations électro-chimiques** peuvent se montrer efficaces contre certaines pertes sanguines, mais non contre l'endométrite catarrhale avec hypersécrétion.

Il est une variété d'hémorrhagies rebelles, qui surviennent particulièrement vers la ménopause, qui sont tenaces et résistent au curettage et à tous les hémostatiques. Elles n'ont point pour cause une endométrite, mais un processus atrophique de l'endométrium, analogue à celui qui caractérise la « vaginite sénile hémorrhagique » (*kolpitis senilis hæmorrhagica*), laquelle serait plus justement dénommée « atrophie vaginale sénile hémorrhagique » (*atrophia vaginæ seu hæm.*). Ou bien, elles sont sous la dépendance de certaines affections des vaisseaux de l'endo- ou du myométrium (sclérose, athérome) souvent associées à une hypertrophie excen-

trique du corps de l'utérus, ou à des états pathologiques des annexes. Eh bien ! contre ces hémorrhagies, la **cautérisation purement chimique avec des caustiques liquides** (en particulier, le chlorure de zinc) est certainement supérieure à la cautérisation électro-chimique.

A signaler encore les **lavages méthodiques de l'utérus**, préconisés surtout par Schultze et ses disciples. Ces lavages que, presque toujours, on fait précéder d'une dilatation du col, possèdent avant tout une action mécanique, puis, suivant la nature de la substance médicamenteuse employée, une action désinfectante, antibacillaire, et, suivant leur concentration, une action caustique. Dilatation et lavages sont surtout d'excellents moyens pour rendre une cautérisation ultérieure plus efficace, et pour prévenir plus ou moins entièrement l'apparition des coliques.

Dans ces dernières années, on a largement appliqué à l'endométrite chronique le **tamponnement de l'utérus avec la gaze** (Fritsch, Skutsch). Sänger conteste absolument au tamponnement l'action de drainage qu'on a voulu lui attribuer et formule ces deux propositions : 1° *l'utérus indemne de sténose se draine lui-même ; les prétendus drainages artificiels, au contraire, le ferment ;* 2° *la gaze tassée dans l'utérus n'opère pas de drainage, car elle ne laisse passer que les sécrétions séreuses, très fluides, et, par contre, retient les sécrétions muqueuses, purulentes, muco-purulentes, les caillots, etc. On ne draine pas, on tamponne avec la gaze.*

Le tampon peut exercer une double action : a) *action mécanique* (par la dilatation répétée de l'utérus) ; b) *action topique* (gaze iodoformée).

Sänger estime que les tamponnements répétés de l'utérus sont surtout utiles en tant que traitement préparatoire à la cautérisation utérine.

Il consigne ensuite les résultats obtenus en étudiant l'évolution du processus déterminé par les divers caustiques.

Cycle total d'une cautérisation à l'orifice du col ou sur la muqueuse apparente de la portion inférieure du col dans les cas d'érosion, de pseudo-érosion ou d'ectropion.

Acide nitrique fumant....................	18-20 jours.
Chlorure de zinc à 50 p. 100...............	14-16 —
» » 30 p. 100...............	10-12 —
Nitrate d'argent fondu (pierre infernale)...	8-10 —
Solution de nitrate d'argent 50 p. 100......	6-7 —
Iode et alcool (1,5)........................	5-6 —
Teinture d'iode, vinaigre de bois, perchlorure de fer liquide......................	2-3 —

Les eschares produites avec le Paquelin exigent trois à quatre semaines pour leur complète évolution.

Or, si on n'attend pas, pour renouveler la cautérisation, la terminaison du processus consécutif à la précédente, on trouble ce processus et on en modifie l'aspect.

Sänger, par suite d'observations dues aux enseignements de la clinique, a adopté le principe **des cautérisations très espacées et énergiques**, et parmi les caustiques énergiques, il range le chlorure de zinc à 50 p. 100, dont il vante, comme Rheinstädter, Bröse, Fraenkel, etc., l'efficacité. Le chlorure de zinc est utile contre les phlegmasies catarrhales, infectieuses, chroniques, hémorrhagiques de l'endométrium. Toutefois, contrairement à Rheinstädter, il en limite l'emploi et le déconseille particulièrement dans les cas de col étroit et particulièrement chez les vierges et les nullipares. Devenu très circonspect, l'auteur a coutume, dans les cas de col étroit, de pratiquer toujours une *cautérisation d'épreuve* (Probeätzung) avec des caustiques faibles (solution de chlorure de zinc à 10 p. 100, solution iodo-alcoolique) et sans fixation de la portion vaginale du col. D'ailleurs, il a presque complètement renoncé à cette fixation du col, la gracilité, la finesse du porte-caustique la rendant la plupart du temps inutile, et, du même coup, il a vu disparaître les coliques fort douloureuses, si fréquentes jadis à la suite de la cautérisation au chlorure de zinc.

Sänger emploie chez les multipares à col étroit ou chez les nullipares à col assez large : solution de chlorure de zinc à 10 p. 100 au plus ; iodo-alcool à 1,5 ; solution argentique à 30-50 p. 100.

Avec la solution à 50 p. 100 de chlorure de zinc (suivant Rheinstädter) il a constaté que, très souvent, deux à trois cautérisations suffisent pour guérir une endométrite catarrhale ; il laisse toujours entre les cautérisations un intervalle d'au moins seize à vingt jours. Il a également substitué à l'acide nitrique fumant la solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 contre les érosions et les pseudo-érosions (ectropions). Un petit tampon d'ouate, imprégné de la solution, est maintenu appliqué une ou deux minutes sur la portion vaginale du col jusqu'à ce que les parties primitivement rouges prennent une coloration blanche. Ou bien, on introduit un porte-caustique dans le col. La solution très fluide pénètre profondément dans les glandes et les détruit. On évite, ainsi, l'hypertrophie folliculaire sous fine cicatrice de la portion vaginale du col, hypertrophie si fréquente après les cautérisations avec l'acide nitrique. Sänger emploie, en outre, en semblable cas, mais le plus souvent après curettage de l'utérus, le thermocautère, moyen aseptique par excellence, dont une seule application suffit presque toujours.

« Cliniquement et pratiquement, ajoute Sänger, il suffit la plupart du temps d'établir deux variétés d'endométrite chronique non infectieuse : a) *l'endométrite hémorrhagique*, et b) *l'endométrite avec hypersécrétion*, qui, naturellement, peuvent se trouver réunies.

« L'endométrite métrorrhagique, causée par l'inflammation chronique de l'endométrium (endometritis interstitialis) ou par l'hypertrophie de l'endométrium (endometritis hyperplasique, fongueuse), ou par l'atrophie de l'endométrium (endometritis atrophique, endométrite de la ménopause, sénile) qui habituellement se rencontre dans les métrorrhagies d'origine annexielle, réclame en première place l'abrasion de la muqueuse, souvent suivie de cautérisations intra-utérines. *L'endométrite avec hypersécrétion qui, dans la plupart des cas, est exclusivement ou essentiellement une endométrite cervicale*, peut, quand elle n'est pas de nature infectieuse, ce que l'examen bactériologique permet de décider, également être traitée par le curettage.

« En première ligne se place ici le traitement par la cautérisation, qui après le curettage constitue toujours la méthode la plus importante du traitement de l'endométrite chronique, cautérisation qui est au mieux réalisée avec le porte-caustique en argent, parce qu'il permet d'atteindre la totalité de la muqueuse du corps et du col de l'utérus. »

II

Après avoir fait connaître les idées de Sänger sur la cautérisation intra-utérine, il nous paraît intéressant de résumer celles qu'un autre gynécologue éminent, le successeur de Schröder à l' « *Universitat Frauenklinik* » de Berlin, Olshausen, a exposées dans un récent travail, sur la **thérapeutique intra-utérine et en particulier sur l'emploi de la curette** (1).

1) **Cathétérisme de l'utérus**. — Bien que l'antisepsie ait considérablement diminué les risques, les dangers associés à cette petite opération, on ne saurait affirmer qu'elle les a complètement supprimés. Le cathéter peut produire des effractions de la muqueuse cervicale et celles-ci, malgré une désinfection rigoureuse, préalable du vagin, favoriser l'infection à cause de la présence possible de germes infectieux dans le col. *Maintenant comme jadis, il faut employer le cathéter avec beaucoup de circonspection et de délicatesse.*

2) **Injections de liquides médicamenteux** (teinture d'iode, solution de chlorure de zinc, de nitrate d'argent, etc.) et **lavages de l'utérus**. — Ces méthodes de traitement offrent moins de dangers d'infection que le cathétérisme, soit que les liquides employés annihilent l'action des germes ou qu'ils entraînent ceux-ci. Les inconvénients sont : *a*) les *coliques utérines* (le meilleur moyen de les prévenir c'est d'assurer le complet écoulement du liquide d'injection ou de lavage), *b*) les *douleurs péritonitiques* qui se font sentir, en général,

(1) *Berl. klin. Wochenschrift*, décembre 1894, n° 50, p. 1123.

seulement plusieurs heures après l'injection utérine et qui traduisent l'irruption d'une certaine quantité de liquide, à travers la trompe, dans la cavité abdominale. Il n'est pas non plus impossible qu'une trompe contenant du pus et modifiée dans sa paroi puisse, consécutivement à l'intervention intra-utérine, déverser partie de son contenu dans la cavité abdominale, de même qu'une manœuvre intra-utérine peut provoquer la rupture d'un œuf développé dans l'oviducte. Toutefois, la complication doit être très rare, car les phénomènes péritonéaux observés restent, habituellement, légers et n'ont pas la physionomie des péritonites à streptocoques ou à staphylocoques.

Pour les applications de solutions caustiques, Olshausen conseille, quand le col est large, la seringue à injection, quand il est étroit le porte-caustique d'origine américaine, conseillé par Sänger. En général, *il n'y a aucune utilité à fixer le col pour cette intervention*.

3) **Dilatation artificielle de l'utérus.** — Sauf des cas rares, où la dilatation sanglante effectuée avec des instruments mousses est particulièrement indiquée, on la pratique avec la laminaire ou la gaze iodoformée, l'éponge préparée étant, à juste titre, abandonnée. « *Les deux procédés de dilatation, en dépit de toutes précautions, comportent des dangers d'infection ; et quand, dans ces cas, une infection se produit, elle est en général de pire nature et se manifeste sous forme de septicémie aiguë.*

« *J'ai appris,* écrit Olshausen, *de plusieurs collègues qu'ils avaient eu des cas de mort à la suite du tamponnement avec la gaze iodorformée; et, ajoute-t-il, j'ai, malheureusement, par expérience personnelle, pu me convaincre que semblables cas peuvent arriver* » (1).

(1) *Loc. cit.*, p. 1124. Entre autres cas où la dilatation fut suivie d'accidents sérieux, Olshausen en résume un ainsi : il fallut trois jours pour faire une dilatation complète. Quand la température monta à 38°, la gaze fut enlevée et l'utérus immédiatement lavé avec une solution de sublimé (1 p. 2000). Néanmoins, en douze heures, la température s'éleva à 40°. Il y avait eu en outre deux frissons violents. Survint un troisième frisson qui

Malgré ces faits, Olshausen reste convaincu que *la dilatation avec la gaze est la moins dangereuse, mais qu'il faut en limiter le plus possible l'emploi, la réaliser dans un minimum de temps, redésinfecter à fond le vagin chaque fois qu'on enlève la gaze et être prêt à dépister, avec le thermomètre, toute infection dès son début.*

Curettage. — « Employé *à propos*, ce procédé thérapeutique est certainement très bon, très efficace, mais, on EN USE TROP, BEAUCOUP TROP ! » Olshausen ne lui reconnaît que deux indications : 1) *moyen de diagnostic (curettage explorateur)*, 2) endométrite hyperplasique, altérations fongueuses, polypeuses de l'endométrium (*c. curatif*). Il déconseille, par contre, formellement, la curette dans les inflammations catarrhales de l'endométrium, et, en général, dans les maladies du col. Il insiste, ensuite, avec beaucoup de soins, après avoir rappelé les perforations de l'utérus plusieurs fois observées et signalées en particulier à la Société gynécologique de Berlin (1), sur toutes les précautions et sur la délicatesse qu'exige le maniement de la curette, instrument extrêmement dangereux dans une main brutale et novice. Également, à chaque instant, dans son travail, il rappelle l'importance capitale d'une antisepsie rigoureuse (2).

---

fit envisager l'éventualité de l'extirpation de l'utérus. Toutefois, les accidents s'amendèrent et la malade guérit.

(1) Société obst. et gynéc. de Berlin, séance du 9 mars 1894. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXX, p. 297.

(2) Il est curieux de rapprocher le travail récent d'Olshausen, si plein de réserves au sujet de l'emploi de la curette, des opinions si vivement défendues par le professeur Pajot, à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, il y a tantôt sept ans. Le célèbre accoucheur les résumait de la façon suivante : « Il s'ensuit que l'*hystéromètre* et la *curette* sont inutiles dans *quatre-vingt-dix cas sur cent d'endométrite*, ce qui me paraît la vérité, à peu de chose près, et encore, sur ces dix cas, sept à huit pourraient être guéris par les caustiques énergiques, sans amener l'utérus à la vulve. Il resterait, par conséquent, *deux* à *trois* cas dans lesquels l'abrasion de la muqueuse serait indiquée. » M. le professeur Pajot rappelait assez souvent la pratique des oculistes dans les cas d'inflammations de la conjonctive oculaire, lesquels, le plus souvent, viennent à bout de ces affections par l'emploi des substances caustiques, modificatrices, simplement antiseptiques même, tandis que dans

III

Le curettage, cette opération pratiquée si souvent, trop souvent certainement aujourd'hui, mais qui, faite à propos et bien faite, donne des résultats si positifs (disparition d'accidents de date plus ou moins ancienne, de nature plus ou moins rebelle, restauration des fonctions normales, apparition de grossesses après une stérilité plus ou moins longue, etc.), le curettage agit en emportant, plus ou moins complètement, la muqueuse altérée, et en permettant aux substances caustiques ou modificatrices d'atteindre les éléments restés *in situ*. Il était très intéressant, sans doute, de se demander comment s'opérait la *régénération de la muqueuse après le curettage*. Et, depuis assez longtemps déjà, on savait que le curettage n'emportait pas toute la muqueuse, qu'il laissait bon nombre de glandes ou de portions de glandes qui fournissaient les éléments de cette régénération. Mais, à vrai dire, on n'avait pas étudié de très près toutes les particularités de ce processus de régénération. Cette étude a été entreprise par un Allemand, Werth, qui a communiqué les résultats auxquels elle l'a conduit, à la Société obstétricale de Leipzig (1). Voici, résumée, la partie essentielle de sa communication : « Six utérus ont servi à ses recherches. Ils avaient été curettés, de trois à seize jours avant l'hystérectomie. Sur tous, on constata que la curette avait porté de façon inégale sur les divers points de la face interne de la matrice. D'une manière générale, la curette épargne certains points, laisse sur d'autres les portions profondes de la muqueuse, tandis que sur d'autres points elle entraîne la couche musculeuse. Il reste de la muqueuse surtout au fond de l'utérus et sur les parties latérales, tout particulièrement

---

certaines formes invétérées, compliquées de granulations et relativement rares, ils sont forcés de recourir au curettage en quelque sorte, au raclage, brossage de la muqueuse.

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 7, p. 189.

quand la cavité utérine devient, sur les côtés, notablement angulaire. D'ordinaire, l'une des parois utérines est plus entamée. Et la couche musculaire n'est atteinte en général que sur l'une d'elles, sur l'antérieure le plus souvent. Quand le tissu musculaire n'est pas atteint, la muqueuse est, à ce niveau, enlevée jusque dans ses couches profondes. Aussi, après la régénération, la paroi correspondante est-elle plus largement pourvue d'une muqueuse néoformée que la paroi opposée. En général, l'action de la curette s'accuse davantage vers la portion inférieure du corps de l'utérus jusqu'à l'isthme, ce qui tient à la convergence vers cette région des raclages successifs. »

« *Processus de régénération.* — L'ensemble des phénomènes constituant ce processus ont été particulièrement étudiés sur deux utérus extirpés cinq jours après le curettage (la muqueuse obtenue par le curettage présentait, dans les deux cas, des altérations d'endométrite légère). A l'exception d'une région fort limitée, au niveau de laquelle la curette avait mordu jusque dans le muscle, *la surface interne de l'utérus était uniformément tapissée par une muqueuse, pourvue de glandes s'ouvrant librement à la surface et d'un revêtement épithélial, superficiel, continu.* A cette époque, la muqueuse néoformée se distingue par sa richesse en tissu connectif fibrillaire, tandis que les éléments cellulaires du stroma sont, proportionnellement, en petit nombre. La restauration de la muqueuse s'opère surtout par les vaisseaux qui émergent de la musculeuse ou des couches profondes, persistantes de la muqueuse. Les vaisseaux sont entourés comme d'une gangue de tissu connectif fibrillaire, qui accompagne les ramifications vasculaires jusque dans la couche superficielle de la muqueuse. Les paquets de fibrilles constituent souvent des réseaux affleurant jusqu'à la surface.

« L'origine des néoformations glandulaires est dans les portions glandulaires, profondes, particulièrement celles enfouies dans l'épaisseur des éléments musculaires et ayant

échappé à la curette. Ces portions épargnées des glandes, croissent en même temps que le tissu connectif, sous forme de tubes la plupart du temps peu flexueux, souvent longitudinaux et perpendiculaires à la surface utérine, et entourés d'une gangue fibreuse qui contient les capillaires des glandes. L'épithélium glandulaire est, dans les parties supérieures, plutôt d'ordre secondaire, mais il augmente de plus en plus de hauteur en se dirigeant vers les culs-de-sac des glandes.

« Le stroma environnant devance souvent l'accroissement de ces dernières, de sorte qu'en certains points elles s'abouchent comme dans des dépressions infundibuliformes du tissu muqueux. C'est à ce défaut de parallélisme dans l'accroissement, qu'il faut attribuer certaines particularités anatomiques, multiplicité d'orifices d'abouchement des glandes, irrégularités, disposition dentelée de la surface muqueuse. »

La régénération de l'épithélium superficiel s'effectue essentiellement par les glandes; toutefois, il dérive aussi, en partie, de la multiplication des éléments épithéliaux déjà parvenus à la surface. La forme de ces éléments épithéliaux néoformés est souvent atypique, particulièrement dans le voisinage des orifices glandulaires, et, sur les utérus extirpés dix jours après le curettage, ils forment, en certains points, un épithélium stratifié. Au niveau des saillies papilliformes de la muqueuse, aussi bien qu'à une certaine distance des orifices des glandes, les cellules épithéliales sont tantôt fortement aplaties et souvent très longues. Il y a de l'épithélium néoformé, superficiel, déjà trois jours après le curettage.

Dans les phases plus tardives du processus de régénération le tissu connectif fibrillaire, surabondant, rétrocède. Cette raréfaction connective est précédée d'une sorte de liquéfaction hyaline, qui se manifeste en beaucoup de points, déjà cinq jours après le curettage, dans la couche sous-épithéliale. Après dix jours, il ne reste plus en général que quelques

grêles tractus fibreux. En revanche, on trouve des cellules fusiformes, à prolongements protoplasmatiques, multiples, et à disposition en partie fibrillaire. Sur les points, où la curette a attaqué la couche musculeuse, la perte de substance persiste jusqu'à dix-sept jours après le curettage. Le fond de la perte de substance constitue une couche la plupart du temps superficielle de tissu connectif et musculaire nécrosé avec eschare fibrineuse. Et dans cette couche nécrosique, parviennent de larges vaisseaux émanés des couches profondes et des couches musculaires atteintes par la curette. A ce niveau, le processus rappelle le tissu de granulation. Telles sont les constatations intéressantes faites par Werth sur l'action de la curette, action qu'on est enclin à supposer beaucoup plus radicale, beaucoup plus complète qu'elle ne l'est en réalité le plus souvent, et sur les phénomènes anatomiques qui aboutissent à la restauration de la muqueuse.

*
* *

Prenant en considération les constatations de Werth sur l'action incomplète de la curette, Löhlein (1) fait remarquer que ces constatations anatomiques n'ont fait que sanctionner, de façon formelle, des observations cliniques déjà faites par les gynécologues expérimentés. Il attribue d'ailleurs à ces constatations une valeur pratique considérable, parce qu'elles sont de nature à indiquer par quels moyens on peut parer au curettage incomplet. D'après lui, l'action insuffisante est inhérente aux imperfections nécessairement associées à chaque sorte d'instrument. Ainsi la curette de Récamier se montrerait supérieure quand il s'agit d'agir sur l'ensemble de la muqueuse utérine. Mais, elle ne saurait aussi bien que la cuiller tranchante de Simon-Schröder permettre d'agir sur la muqueuse du fond et des angles tubaires de la cavité utérine. Il y a donc indication à combiner les avantages des deux instruments.

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 14, p. 353.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 9 mai 1895.

M. Narich (de Smyrne) rapporte un cas d'**évolution artificielle du fœtus très difficile dans un utérus à cloison.** Il eut énormément de peine à saisir un pied et celui-ci, une fois saisi, à l'attirer à la vulve. En cette circonstance, il a senti vivement la nécessité d'un nouvel instrument, conçu de manière à saisir le pied récalcitrant au-dessous de la cheville, aisément, solidement et sans lui nuire, afin de pratiquer des tractions méthodiques et efficaces.

Thérapeutique intra-utérine. *Discussion* (suite). — M. Pichevin. — C'est en 1887 que Walton fit connaître son traitement de la pelvi-péritonite par la dilatation forcée et le curage de la matrice. Elle répondait à la nécessité qu'on éprouvait de réagir contre les abus de l'opération de Lawson Tait. Déjà Pippenskold, Hadra, Polk, Martin avaient pratiqué des laparotomies conservatrices. Poullet, Doléris et Gottschalk se déclarèrent partisans de la méthode de Walton plus ou moins modifiée.

Les adversaires de la thérapeutique intra-utérine déclarèrent que les partisans de la dilatation utérine n'avaient en vue que l'évacuation des collections enkystées des trompes. Or, disait M. Terrillon, avec quelques auteurs, cette évacuation est impossible, puisque l'orifice tubaire est oblitéré d'une façon absolue.

Cependant des faits nombreux et récents (Routier, Rivière, Prior, Wylie, etc.) démontraient que l'écoulement du liquide contenu dans la trompe par l'orifice utérin était indiscutable.

Quand une femme perd du pus dans l'utérus, quand après l'ablation d'une poche tubaire, on voit s'écouler du pus par le bout utérin sectionné, on peut dire qu'il est probable que le liquide pathologique qui sortait par l'orifice utérin provenait de la trompe. Mais on a dit que la diminution et la disparition des tumeurs péri-utérines n'étaient pas dues à la diminution ou à la disparition des salpingites, mais des péri-salpingites séreuses. J'ai observé avec M. Lyot un fait des plus nets d'évacuation tubaire. L'utérus ayant été enlevé avec les trompes et les ovaires, on put constater le

reflux dans l'utérus, du liquide purulent contenu dans les trompes. M. Terrillon a écrit que la dilatation utérine avait une tendance à obstruer les orifices tubaires. Une expérience de P. Delbet semble prouver le contraire ; Delbet, ayant trouvé sur un cadavre un pyosalpinx et un hématosalpinx, pressa sur les deux tumeurs. Il ne s'écoula pas une goutte de liquide dans l'utérus. Il dilata la matrice avec des laminaires et exerça des pressions sur les tumeurs salpingiennes. Il fit évacuer ainsi du pus par l'orifice tubaire de l'utérus. La dilatation paraît avoir favorisé la sortie du liquide purulent. Dans deux cas, j'ai amené par la dilatation l'évacuation d'une collection siégeant dans le moignon utérin d'une trompe enlevée quelques mois auparavant.

J'ai dilaté une femme atteinte de salpingo-ovarite double. Après le curage, il y eut une véritable débâcle purulente par l'utérus, débâcle qui dura plusieurs jours et qui amena progressivement la diminution des masses péri-utérines qui remplissaient le petit bassin. La guérison symptomatique fut obtenue complètement. Quant aux annexes, on les sentait à peine, un an après. On a tort de séparer nettement les collections enkystées de celles qui ne le sont pas. Une dilatation tubaire peut se produire sans qu'il y ait obstruction complète et définitive. Sous l'influence de l'inflammation, la muqueuse tubaire augmente de volume et il se produit un engouement surtout dans la portion utérine de la trompe. Au niveau de l'ostium uterinum, les plis longitudinaux réduits à 3 ou 4 se renflent et s'emboîtent. Il suffit d'un éperonnement de la muqueuse pour qu'il y ait obstruction.

Que l'inflammation disparaisse, la trompe sera de nouveau perméable. A. Doran a prouvé histologiquement cette espèce d'engouement tubaire par éperonnement de la muqueuse. Je dis donc que, s'il y a des cas où la trompe est définitivement obstruée par soudure de la face interne du canal tubaire, il existe des faits qui démontrent que la lumière de la trompe n'est que momentanément obstruée, engouée. La contraction des muscles tubo-utérins et l'exagération de la tension intra-tubaire accusent la progression de l'évacuation des liquides de la trompe.

Mais ce serait méconnaître les indications de la méthode de Walton que de l'appliquer aux collections dites enkystées. En réalité, le triomphe de la méthode se constate dans les cas où il n'y a ni enkystement, ni lésions trop profondes des trompes.

Les échecs sont dus, d'une part, à une dilatation insuffisante de

l'utérus. On a dilaté le col et on a négligé de dilater le corps. Le curage a été mal fait. On a cessé trop rapidement le traitement intra-utérin consécutif. Enfin, les insuccès s'expliquent par l'incurabilité des lésions péri-utérines (lésions scléreuses, ovaire suppuré, adhérences, etc.) qui donnent lieu à des douleurs rebelles.

La thérapeutique intra-utérine est contre-indiquée dans les cas aigus, dans les cas où il y a du pus autour de l'utérus, dans l'hématosalpinx, la grossesse intra-utérine et la salpingite tuberculeuse. A l'exemple de Landau, on peut, dans certains cas, tenter de faire le diagnostic par une ponction qui peut être en même temps curative. S'il s'agit de collection purulente, il faut faire soit l'incision vaginale, soit la laparotomie, soit l'hystérectomie. Quelle conduite doit-on tenir quand on a affaire à des salpingites non kystiques ? Il est difficile de se prononcer. Une salpingo-ovarite mobile, de petit volume, non prolabée, aura des chances plus sérieuses de guérison qu'une grosse masse tubo-ovarienne bas située et adhérente.

On prendra en considération plusieurs facteurs : l'ancienneté des lésions, les accidents à répétition, l'âge des malades, la condition sociale, la volonté des malades de conserver leurs organes sexuels. Mais quelle proportion de succès obtient-on par la dilatation, le curage et le drainage? Je crois qu'on échoue au moins dans la moitié des cas. Et cependant il ne faut pas renoncer trop tôt à tout espoir, comme le prouvent des guérisons suivies de grossesses inespérées.

Malgré les succès que j'ai obtenus, je reconnais que la dilatation utérine, le curage et le drainage constituent un traitement de longue haleine, ennuyeux pour le gynécologiste, douloureux, souvent mal supporté par les patientes, et incertain dans ses résultats.

Quand on ne réussit pas, les malades sont découragées et se refusent parfois à toute tentative opératoire plus sérieuse. La période de dilatation utérine est longue et douloureuse. L'introduction et la sortie des éponges ne se font pas sans souffrances. Je propose de supprimer ce temps préparatoire et d'en revenir à la méthode primitive de Walton : on endormira les malades, on fera une dilatation très lente, prudente et progressive ; avec des dilatateurs à deux branches parallèles et munis d'une vis dilatatrice, on obtiendra une dilatation extemporanée large ; on pratiquera le curage, on fera deux lavages intra-utérins qui seront répétés

chaque jour et on tamponnera l'utérus après chaque irrigation. Walton a obtenu ainsi d'excellents résultats. — CHARPENTIER. — Les cas d'évacuation d'une collection tubaire par l'utérus sont nombreux et il n'est pas un de nous qui n'en ait observé. — NITOT. — Les tumeurs que l'on peut rencontrer sur les parties latérales d'un utérus atteint d'endométrite, ne sont pas toutes formées par des collections liquides intra-tubaires. Elles consistent souvent en une sorte d'œdème inflammaioire péri-tubaire qui guérit facilement par le repos. De plus, il ne suffit pas qu'une trompe se vide pour que la femme guérisse. L'épithélium de la trompe et les tissus sous-jacents continuent en effet à être malades. — FOURNEL ne trouve pas les arguments de M. Pichevin bien probants, puisque, dans bon nombre d'observations qu'il cite comme cas favorables, on a dû recourir à l'hystérectomie. Il voit avec plaisir que M. Pichevin renonce à la dilatation dans les cas de collections purulentes péri-utérines. — LABUSQUIÈRE. — Olshausen vient de citer plusieurs cas de mort à la suite de la dilatation. M. Pichevin a-t-il connaissance de ce travail ?

M. PICHEVIN. — J'ai publié les accidents causés par la curette et par le dilatateur. Howard, O. Kelly, et Auvard ont incriminé ce dernier instrument qui a perforé quelquefois l'utérus. Le dilatateur de Sims à trois branches est un instrument dangereux : les extrémités des trois branches divergent et menacent de creuser la paroi utérine, d'autant plus que l'on appuie brutalement avec les mains sur l'instrument et que l'on ne se sert pas de vis pour graduer la force dilatatrice. Un dilatateur à deux branches parallèles, mû par une vis graduée, n'est pas dangereux, pourvu qu'on y mette de la prudence, de la lenteur et de la patience. J'ai noté dans un travail sur le curettage les cas de perforation utérines publiés par Olshausen. *(A suivre.)*

VARIA

Nous avons le plaisir d'annoncer aux lecteurs des *Annales* que le concours d'agrégation pour la Chirurgie s'est terminé par la nomination de MM. A. BROCA, WALTHER et HARTMANN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Audebert. Utérus bicorne. *Gazette hebd. des sc. méd.*, Bordeaux, 1895, p. 173. — **Curatulo** et **L. Tarulli**. Einfluss der Abtragung der Eierstöcke auf den Stoffwechsel. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 21, p. 553. — **Farner.** Ein Beitrag zur Kasuistik der Elephantiasis. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 17, p. 448. — **Heinricius.** Zwei Falle von Enterocele vaginalis posterior. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 17, p. 441. — **Herff.** Zur Frage des Vorkommens von Follikelnerven in Eierstock des Menschen. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 5, p. 126. — **Jones (Henry Macnaughton).** Dangers of morphia in gynæcological practices. *The Provincial medical Journal.* Leicester, 1895, p. 186. — **Kober.** Ueber vicariirende Menstruation durch die Lungen und ihre Beziehung zur Tuberculose nebst Bemerkungen über die Behandlung von Lungenblutungen. *Berl. klinische Wochensch.*, n° 2, 1895, p. 32. — **Landau.** Zur Protozenfrage in der Gynäkologie. *Berl. klinisch. Wochensch.*, 1895, n° 22, p. 472. — **Löhlein.** *Gynäkologische Tagesfragen*, IV, Hft. Wiesbaden. — **Parvin.** A contribution to demography. *The American gynæcological and obstetrical Journal.* New-York, avril 1895, p. 393. — **Rabagliati.** Sur quelques symptômes simulant les maladies d'organes pelviens chez la femme et leur traitement. *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 351. — **Ransom.** Hysterical or functional disease. *British medical Journal.* London, 4 mai 1895, t. I, p. 972. — **Richardson.** Hysteria : Cerebral Manifestations. *Am. J. Obst.*, mai 1895, p. 635. — **Rosner.** Ueber die sog. Thermocauterectomia uteri totalis zur Verhütung von Impfrecidiven. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 21, p. 558. — **Rüping.** *E. Fall v. Hernia retroperitonealis Treitzii, e Ovarialcyste vortäuschend.* Tubingen. — **Thiébaut.** Bactériologie gynécologique. *Annales de l'Institut Sainte-Anne.* Bruxelles, 15 juin 1895, t. I, p. 93. — **Tod Gilliam.** The vaginal route for operations on the pelvic viscera. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 8 juin 1895, p. 664. — **Van Dyck.** Hysterical or functional disease. *British medical Journal.* Londres, 4 mai 1895, t. I, p. 973. — **Vaughan.** Some observations on the relations of pelvic diseases to psychic disturbances in women. *Medical News.* Philadelphia, 27 avril 1895, p. 449.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Apostoli** et **Le Bec.** Nouveaux faits à l'appui des contributions de l'électrothérapie au diagnostic en gynécologie. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 mai 1895, p. 196. — **Berry Hart.** Uterine curetting. *The medical Chronicle.* Manchester, avril 1895, vol. III, n° 1, p. 11. — **Brown (C. B.).** Rest therapy in gynæcology. *Medic. Standard*, N.-Y., juin 1895, t. XVII, p. 170. — **Ford (Willis E.).** Dangers of uterine tampon. *Buffalo med. and surg. Journ.*, mai 1895, p. 588. — **Fritsch.** Occlusion of the uterus after curetting. *Cent. f. Gyn.*, décembre 1894, p. 208. — **Jentzer u. M. Bourcart.** *Die Heilgymnastik in der Gynaekologie u. die mechanische Behandlung v. Erkrankungen des Uterus u. seiner Adnexe nach Thure Brandt.* Leipzig. — **Kolischer (G.).**

Ein Instrument zu kleinen endovesicalen Eingriffen beim Weibe. *Wien. mediz. Presse*, 1895, n° 24, p. 966. — **Routh (Amand)**. A note on some aids to rapid dilatation of the uterus. *Lancet*. London, t I, p. 1578. — **Rumpf**. Pelvic massage in gynæcology. *Medical Standard*. Chicago, mars 1895, p. 76. — **Sippel (A.)**. Ueber die Anwendung des Intra-uterin Stiftes. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 21, p. 561.

VULVE ET VAGIN. — **Kleinwächter**. Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Bartholin'schen Drüse. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 191. — **Pozzi**. De la périnéotomie transversale comme temps préliminaire à l'extirpation du cancer et du vagin. *Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*. Paris, 15 avril 1895, p. 93. — **Stone**. Transverse septa of the Vagina. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 30 mai 1895, p. 533. — **Pryor**. Gonorrhæa in the Female. *Medical Standard*. Chicago, mars 1895, p. 79. — **Torrey**. Case of septum of vagina. *The Boston medical and surgical Journal*, 30 mai 1895, p. 539. — **Watkins**. Prolapse of the anterior vaginal wall and its repair by lateral colporrhaphy. *The American gynæcological and obstetricæ Journal*. New-York, avril 1895, p. 410.— **Winternitz**. Hämatokolpos nack Vaginitis adhæsiva ulcerosa. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 13, p. 334.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Burrage**. Two Cases of Freund's New Operation for Prolapse. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, mars 1895, p. 372. — **Condamin**. Hystéropexie pour prolapsus utérin. *Lyon médical*, 1895, p. 155. — **Fœrster**. The Surgical Treatment of Retrodisplacement of the Uterus. *Am. J. of Obst.*, mai 1895, p. 622. — **Hochenegg**. Ueber die Verwendbarkeit der sacralen Method bei fixirter Retroflexion. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 16, p. 413. — **Holst (Otto)**. Westermark's operation for uterine prolapse. *Lancet*, 1895, t. I, p. 1511. — **Matthew Mann**. Intra-abdominal shortening of the round ligaments for retro-displacements of the uterus. *Medical News*, Philadelphia, 23 mars 1895, t. I, p. 315. — **Mayo Robson**. Operative treatment in prolapse of the pelvic viscera. *The Provincial medical Journal*, Leicester, 1er mai 1895, p. 255. — **Müller**. Ueber Vagino-fixation des retrovertierten Uterus. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1895, p. 309. — **Pichevin** et **Avrizabalaga**. De la colpohystéropexie antérieure dans le traitement des rétro-déviations utérines. *Gaz. méd. Paris*, mai 1895, p. 217. — **Robert L. Dickinson**. Does Laceration through the Sphincter Ani ever occur in the Median Line? Seventeen Cases of Lateral Injury. *The Am. Gyn. and obst. J.*, mai 1895, p. 536. — **Segale**. Laparo-hystéropexie extra-péritonéale dans le traitement du prolapsus et de la rétroflexion de l'utérus. *Revue de chirurgie*, 1895, p. 338. — **Vedel**. De la périnéorrhaphie par le procédé de Lawson Tait. *N. Montpel. méd.*, 1894, III, p. 754.

MÉTRITE, ULCÉRATIONS, ETC. — **Beach**. The deciduoma Malignum. *Annals of surgery*, Philadelphia, mai 1895, p. 525. — **Eitelberg**. Die Behandlung der Endometritis. *Wien. medizin. Presse*, 1895, juin 1895, p. 926. — **Mc-Ginnis**. Menorrhagia and metrorrhagia as caused by conditions other than fibroïds. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, avril 1895, p. 418. — **Price**. Operation for complete perineal laceration. *The medical Age*, Detroit, Mich., 10 juin 1895, p. 328. — **Spiller**. *Placentarrest or Placentar-*

polyp? Halberstadt. — **Thomas More Madden.** Leucorrhœa, its causes, varietes, and treatment. *The medical Age*, Detroit, Mich., 10 juin 1895, p. 330. — **Thomson.** Hochgradige Hypertrophia der Portio vaginalis uteri. *Cent. f. Gyn*. 1895, n° 16, p. 415. — **Trepant.** Névrites et diathèses. *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 333. — **Tuttle.** A case of concealed uterine hemorrhage. *Boston M. a. S. J.*, 1895, CXXXII, 35. — **Wiederhold.** Zur Behandlung gewisser Fälle von Metritis chronica. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1895, p. 354.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Baldy.** Hysterectomy for puerperal septicæmia; specimens. *The American gynæcologiæ and obstetrical Journal*, New-York, avril 1895, p. 431. — **Binkley.** Abdominal Hysterectomy with Enucleation of the Appendages in Septic Pelvic Diseases. *Am. J. of. Obst.*, avril 1895, p. 500. — **Burrage.** Multiple fibroïd of the uterus weighing four and a quarter pounds. *The Boston medical and surgical Journal*, 13 juin 1895, p. 596. — **Cullingworth.** The removal of the uterine appendages for uterine myoma with an account of twenty cases. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Boston, avril 1895, p. 441. — **Engelmann.** The Early History of vaginal Hysterectomy. *The Am. Gyn. and. Obst. J.*, mai 1895, p. 521. — **Garceau (G.).** The French Method of Vaginal Hysterectomy. *Annals of. Gynæc. a. Pæd.*, mars 1895, p. 374. — **Godaert.** Cancer primitif du corps utérin. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1895, p. 17. — **Henrotin.** Vaginal Hysterectomy for Septic Pelvic Diseases. *Am. J. of Obst.*, avril 1895, p. 495. — **Hofmeier.** Zur Anatomie und Therapie des Carcinoma corporis uteri. *Zeitsch. f. G. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 171. — **Jacobs.** Du cancer utérin ; traitement local. *Annales de l'Institut Ste-Anne*. Bruxelles, 15 juin, t. I, p. 46. — **Jacobs.** Operative Technique in Vaginal Hysterectomy. *Am. J. of Obst.*, mai 1895, p. 679. — **Jessett (Fred. Bowreman).** Lecture on cancer of the body of the uterus. *Provincial medic. Journal*. Leicester, 1895, t. I, p. 294. — **Jessett.** Notes on three cases of carcinoma uteri successfully removed by vaginal hysterectomy. *The British gynæcological Journal*, Londres, février 1895, p. 472. — **Julius Rosenberg.** Fibroid Tumors of the Uterus as a Complication of Pregnancy and Labor. *Am. J. of Obst.*, mai 1895, p. 616. — **Kleinwächter.** Uterus Myom und Gestation. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 206. — **Lauwers.** Du traitement intra-péritonéal du pédicule après myomotomie abdominale. *Bullet. de la Soc. de gynéc. et d'obst.*, 1895, n° 6, p. 94. — **Leopold.** Myomectomy during Pregnancy. *Am. J. of Obst.*, mai 1895, p. 607. — **Lothrop (Havard A.).** Vaginal hysterectomy after Martin's method. *Boston med. and surgic. Journ.*, mai 1895, t. I, p. 458. — **Pichevin.** Dilatation vulvo-vaginale et hystérectomie vaginale. *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 388. — **Pick.** Zur Lehre von Myoma sarcomatosum und über die sogenannten Endotheliome der Gebarmutter. *Arch. f. Gyn.*, XLIX, Hft. 1, p. 1. — **Pilliet et Bouglé.** Anomalie de l'utérus et fibrome utérin. *Bulletin de la Société anatomique*, 1895, p. 295. — **Ries.** Eine neue Operationsmethode des Uterus carcinomes. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 266. — **Sondheimer.** Primarès Corpuscarcinom mit Hæmatometra und Hæmatokolops bei Atresia vaginæ senilis. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1895, p. 348.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Auvard**. Diagnostic des salpingo-ovarites. *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 335. — **Crowell**. Hysterectomy for Peri-uterine Suppuration. *Annals of Gynæc. and Pæd.*, mars 1895, p. 368.— **Doléris**. Des dangers et des difficultés d'application du traitement conservateur par la thérapeutique intra-utérine dans les lésions annexielles. — *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, Paris, 25 avril 1895, p. 121. — **Frank (Louis)**. Gonorrheal salpingitis, operation, recovery; ruptured tubo-ovarian abscess; operation, death. *Med. News.*, Philad., 1895, t. I, 609. — **Henry C. Coe**. Acute Localised *versus* diffuse Peritonitis in women from a Clinical Standpoint. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, mai 1895, p. 562. — **Heywood Smith**. Left tubo-ovarian abscess. *The British gynecological Journal*, Londres, février 1895, p. 488. — **Langer**. Ueber Corpus-luteun Abscesse. *Arch. f. Gyn.* Bd. XLIX, Hft. 1, p. 87. — **Marx**. Salpingo-ovarites à la suite de vulvo-vaginite chez les enfants. Traitement prophylactique. *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*. Paris, 1er mai 1895, p. 267. — **Pichevin**. Thérapeutique intra-utérine des inflammations péri-utérines. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 mai 1895, p. 165. — **Schuyler C. Graves**. Certain pelvic abscesses, with a new apparatus for their successfull drainage and cure. *Medical News*, Philadelphie, 27 avril 1895, p. 457. — **Stansbury Sutton**. Remarks upon the Etiology and Treatment of Some Pelvic Inflammations. *Am. J. of Obst.*, avril 1895, p. 465. — **Thiébaut**. Abcès de l'ovaire et de la trompe communiquant avec un abcès de l'épiploon. *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, 1895, n° 6, p. 99. — **Tucker Harrisson**. Parametritis (or pelvic cellulitis); its pathological importance and clinical significance. *The American gynecological and obstetrical Journal*, New-York, avril 1895, p. 402. — **Vautrin**. De l'élytrotomie dans le traitement des collections pelviennes. *Revue médicale de l'Est*. Nancy, 15 mai 1895, p. 304. — **Walton**. Annexites après curettage. *Bulletin de la Société belge de gynécologie*, Bruxelles, 1895, n° 5, p. 77.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Bert**. Tumeur polykystique des ovaires; ablation de l'utérus et des annexes. *Lyon médical*, 14 avril 1895, p. 507. — **Boldt**. Vaginal extirpation of the uterus and adnexa in pelvic suppuration and septic puerperal metritis and peritonitis. *Am. J. Obst.*, 1895, XXXI, 1. — **Cortiguera**. Quiste ovarico voulminoso; ascitis; embarazo de cuatro meses; ovariotomia; continuacion del embarazo. *Anales de obstetricia, ginecopatia y pediatria*, Madrid, juin 1895, p. 169. — **Cullinworth**. A case of ovarian cyst weighing over eighty pounds successfully removed from a girl under seventeen years of age. *Lancet*. London, 1895, t. I, p. 1372. — **Delagénière**. Des opérations pratiquées sur les annexes de l'utérus pendant le cours de la grossesse; trois observations. *Arch. prov. de chir.*, Paris, 1894, III, p. 729. — **Guimard**. The Diagnosis of dermoid Cysts of the Ovary. *Annals of Gyn. a. Pæd.* mars 1895, p. 382. — **Lockwood**. The Diagnosis of retro-peritoneal sarcoma with cases. *The Lancet*, Londres, 25 mai 1895, t. I, p. 1300. — **Masse**. Kyste volumineux de l'ovaire; ponction aspiratrice: hémorrhagie intra-kystique, mort. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 5 mai 1895, p. 210. — **Mourret**. Septicémie

puerpérale; kyste para-ovarique suppuré; péritonite, méningite et lymphangite infectieuse. Laparotomie. Guérison. *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, Paris, 13 mai 1895, p. 41. — **Peters**. Ileus durch kompression des Darmes durch Ovarialkystom ohne Stieltorsion. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 13, p. 339. — **Pike**. Ovariotomy for multilocular cyst; recovery, complicated by femoral hernia; remarks. *Lancet*, Londres, 1895, t. I, p. 1514. — **Polgar**. Die Heilung der Osteomalacie mittelst Castration. *Arch. f. Gyn.* Bd. XLIX, Hft. 1, p. 30. — **Reclus**. Hématocèle par rupture d'une trompe gravide. Opération huit ans après l'époque probable de l'avortement tubaire; existence de villosités choriales sur les caillots. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 28 mars 1895, p. 373. — **Richardson (Maurice H.)**. Two cases of dermoid cyst of the ovary involving the large intestine; removal of cysts; resection of intestine, and end-to-end suture; recovery. *Boston med. and surg. Journ.*, 1895, t. I, p. 399. — **Schwan**. *Ovariotomie bei Graviditüt.* Heidelberg. — **Smith (Heywood)**. A migrating ovarian tumour. *Lancet*, London, 1895, t. I, p. 1578. — **Teploff**. Ueber Entefernung der Adnexe und ihre Neubildungen von hinteren Scheidengewölbe aus. *Cent. f. Gyn*, 1895, n° 25, p. 665. — **Voigt**. Fall von Kaiserschnitt nach Porro in der Schwangerschaft wegen malignen Ovarialtumors nebst Beitrag zur Pathologie des Corpus Luteum. *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. XLIX, Hft. 1, p. 43.

ORGANES URINAIRES. — **Alapy**. Ueber das Resorptionsvermögin der Harnblase. *Cent. f. die Krankh.-Harn. u. Sexual. Organ.*, 1895, Bd. VI, Hft. 4, p. 181. — **Bache Emmet**. Injured Ureters in Abdominal Surgery, etc. *Am. J. of Obst.*, avril 1895, p. 449. — **Bako**. Harnröhrenresektion bei einer mit akuter Harnretention komplizierten traumatischen Harnröhren. *Cent. f. die Krankh Harn. u. Sexual-Organe*, 1895, Bd. VI, Hft. 4, p. 177. — **Bagot**. Stricture of the urethra in women. *Medical News*, Philadelphia, 20 avril 1895, p. 426. — **Emmet (Th. A.)**. Incurable Vesico-Vaginal Fistula. A new Method of Treatment by Suprapubic Cystotomy. *Am. J. of Obst.*, mai 1895, p. 593. — **Hottinger (R.)**. Harnsteine in einem Urethraldivertikel bei einen Frau. *Centr. f. die Krank. der Harn und sexual Organe*, Leipzig, 1895, p. 128. — **Hugh-Ferguson**. The Operative Treatment of Vesico and Recto-Vaginal Fistulæ. *The Cincinnati Lancet-Clinic.*, avril 1895, p. 443. — **Tuffier**. Des fistules urétéro-vaginales. *Mercredi médical*, Paris, 10 avril 1895, p. 169.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Crawford**. Notes on two Cases of Abdominal section, etc. *Brit. med. J.*, mai 1895, p. 1143. — **Currier**. Puerperal septicæmia; abdominal section followed by recovery; abscess in right broad ligament. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, avril 1895, p. 420. — **Herzfeld**. *Klinischer Bericht üb. 1000 Bauchhöhlen Operationen.* Wien. — **Noble**. Cœliotomy for puerperal septicæmia and peritonitis. *The American gynæcological and obstetrical Journal*. New-York, avril 1895, p. 423. — **Noble (Ch. P.)**. Cœliotomy for puerperal septicemia and for puerperal inflammatory condition. *Americ. Journ. of Obstetric.*, juin 1895, n° 6, p. 801. — **Ward**. Should exploratory incisions be resorted to as means of diagnosis in obscure diseases of the abdominal cavity. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, avril 1895, p. 434. — **Werder**. Cœliotomy in ectopic gestation where the fœtus is living and viable, with the report of a successful case. *Med. Rec.*, N.-Y., 1894, XLVI, p. 41.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Ahlfeld.** Zur Benennung der Methoden bei der Leitung der Nachgeburts, periode, etc. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 21, p. 571. — **Schuhl.** Présentation du front, tentatives de transformation en présentation de sommet. *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 366. — **Secheyron.** Des irrégularités du mouvement de rotation dans les variétés postérieures de la présentation du sommet. *Archives médicales de Toulouse*, 1er mai 1895, p. 157.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Godart.** La muqueuse utérine dans la grossesse. *Annales de l'Institut Sainte-Anne*. Bruxelles, 15 juin 1895, t. I, p. 110. — **Krönig.** Ueber die Natur der Scheidenkeime, speciell über das Vorkommen anaërober Streptokokken in Scheidensekret Schwangerer. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 16, p. 409. — **Remy.** Rôle de la vessie dans l'engagement du fœtus dans l'excavation pelvienne. *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 383.

DYSTOCIE. — **Burrage.** Cases of Retrodeviation of the Pregnant Uterus Including a Case of Pregnancy in an Incarcereted by uterus an Ovarian Tumor; with Remarks. *The Boston med. a. surg. J.*, avril 1895, p. 380. — **Ervin Olden Tucker.** Deformed coccyx causing dystocia and death of child. *American Journ. of Obst.*, juin 1895, n° 6, p. 829. — **Fidelmann.** 595 *Fälle v. engen Becken m. besond. Berücksicht. der Therapie.* Bern. — **Geene Cumstom.** Tumors of the vagina considered in the obstetrical point of view. *Annals of gynecology and pædiatry*. Boston, avril 1895, p. 433. — **Herbert Spencer.** On delivery in certain cases of impaction of the trunk of the fœtus. *Brit. med. Journ.*, 13 avril 1895, p. 808. — **Lefour.** Bassin infantile. Application de forceps au détroit supérieur. Enfant vivant avec enfoncement du frontal. *Gaz. hebd. des. sc. méd. de Bordeaux*, 1895, p. 234. — **Leipoldt.** *E. Beitrag zur Behandlung der Geburt bei engen Becken.* Tübingen. — **Lewitzky.** Die heutige Statistik der Geburten bei Beckenverengerung infolge von Rückgratskyphose. *Monatssch f. Geb. u. Gyn.*, avril 1895, p. 317. — **Osmont** et **Chotard.** Dystocie par rigidité pathologique du col : rétention dans l'utérus pendant quatre jours de la tête dernière. *L'Année médicale de Caen*, 15 mai 1895, p. 77. — **Rivière.** Présentation du siège décomplétée ; mode des fesses. *Revue obstétricale internationale*, Toulouse, 1er juin 1895, p. 127. — **Rapin.** Multipare. Bassin rachitique généralement rétréci et plat. Opération césarienne. Enfant vivant. Mère guérie. *Revue médic. de la Suisse Romande*, 20 avril 1895, p. 123.

GROSSESSE. — **Crouch (Myrix J.).** Case of the pregnant woman. *The Cincinnati Lancet-Clinic*, 1895, p. I, 328. — **Larat** et **Gautier.** Traitement par l'électrisation des vomissements nerveux et principalement des vomissements de la grossesse. *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, Paris, 1er mai 1895, p. 273. — **Scheuneman.** Die Werthschätzung des Küsher'schen Zeichens. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 242.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Gouilloud.** Grossesse double dans un utérus double. Avortements successifs. *Lyon médical*, 1895, p. 253.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Foerster (Francis).** Remarks on ectopic gestation. *Medic. Rec.*, N.-Y., 1895, t. I, p. 399. — **Levers (Arthur H. N.).** Two cases of abdominal section illustrating the dia-

gnosis of tubal pregnancy prior to rupture of the sac. *Lancet*, London, 1895, I, p. 858. — **Mansell-Moullew**. Tubal gestation removed before rupture of the cyst. *The British gynæcological Journal*, Londres, février 1895, p. 506. — **Sinclair**. Two cases of extra-utérine gestation. *The medical Chronicle*. Manchester, mai 1895, p. 107.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Baginski** (**A**.). Noch einige Bemerkungen zur Frage der Kuhmilchnahrung und Milchsterilisirung. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1895, nº 18, p 384. — **Braun v. Fernwald** *Der Kaiserschnitt bei engem Becken. Wien.* — **Binst** (**R.-C**). Methods of artificial respiration in the new-born. *Edinb. med. J.*, 1895, I, p. 994. — **Dohrn**. Tonische Muskelkontraktur bei todtgehorenem frühzeitigen Kinde einer Ehlamptischen, Sectio cæsarea post mortem ! *Cent. f. Gyn.*, 1895, nº 19, p. 498. — **Hagenbach-Burckhard**. Zur Aetiologie der Rachitis. *Berl. klin. Wochensch.*, 1895, nº 21, p. 449. — **Herman Schiller**. Ueber einen menschlichen Acardiacus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 200. — **Hermann Schmidt**. Drei Fälle von « Sclerema neonatorum ». *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*. 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 241. — **Hermes**. Untersuchungen über Temperatur Verhältnisse und Sterblichkeit der Neugeborenen verursacht durch Nabelerkrankung. *Cent. f. Gyn.*, 1895, nº 17, p. 443. — **Hink**. Fötaler klonischer Zwerchfellskranpf. *Cent. f. Gyn.*, 1895, nº 5, p. 121. — **Lazarewitch**. Zur Behandlung der Asphyxia neonatorum. *Cent. f. Gyn.*, 1895, nº 21, p. 566. — **Lemke**. E. *Thoracopagus dibrachius*. Königsberg. — **Mittendorf**. The treatment of blennorrhæa of the newborn. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, avril 1895. p. 438. — **Phillimore** (**R. H**.). An anencephalous monster. *Med. Rec.*, N.-Y., 1895, I, p. 489. — **Ramon Martin Gill**. Un caso de teratologio. *Annales de obstetricia ginecopatia y pædiatry*. Madrid, mai 1895, p. 137. — **Schreiber**. Die Theorie Quincke's über die Enstehung des Icterus neonatorum. *Berl. klin. Wochensch.*, 1895, nº 25, p. 543. — **Zedel**. Eine seltene Missbildsung. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 230. — **Zuntz** et **Shassmann**. Ueber das Zustandekommen der Athmung beim Neugeborenen und die Mittel zur Wiederbelebung Asphyktischer. *Berl. klin. Wochensch.*, 1895, nº 17, p. 361.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Binaud**. Traitement par la suture osseuse de la mobilité pubienne consécutive à la symphyséotomie. *Mercredi médical*. Paris, 3 avril 1895, p. 157. — **Boyd**. The accouchement forcé. *The American gynæcological and obstetrical Journal*. New-York, avril 1895, p. 399. — **Braithwaite**. A case of symphyseotomy. *Lancet*, 1895, t. I, p. 1437. — **Clifton Edgar**. Deep incision of the parturient cervix for rapid delivery. *American Journ. of Obstetric*, juin 1895, nº 6, p. 769. — **Davis**. Cæsarean section versus symphyseotomy. *Medic. Record*, 25 mai 1895, p. 641. — **Fry**. A Report of two Cases : 1) Symphyseotomy, 2) Elective Cæsarean Section. *The Am. Gynec. a. Obst. J.*, mai 1895, p. 579. — **Rector** (**Joseph. M**.). Symphyseotomy ; a case occurring in private practice. *Med. Rec.*, N.-Y., 1895, t. I, p. 617.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Balls Headley**. A case of puerperal pelvic cellulitis from phlebitis *The British gynæcological Journ.* London, février 1895, p. 478. — **Best** (**Harris**). A case of rupture of the uterus occurring at the first onset of labour. *Lancet*, London, 1895, I, p 925. — **Chambrelent** et **Oui**. Accidents gravido-cardiaques

chez une femme enceinte de huit mois. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1895, p. 183. — **Courtney** (S. E.). Report of four cases of puerperal eclampsia occurring in the Boston city hospital. *Bost. med. and surg. J.*, 1895, t. I, p. 486. — **Dock** (George). Osteomalacia with a new case. *Amer. J. of med. sc.*, Philad., 1895, t. I, p. 499. — **Gallant** (Ernest). Placenta retained in utero one year ; impregnation ; fœtal sac over os internum ; hemorrhage as in placenta prævia ; outerbridge's irrigating cervical divulsor. *Méd. Rec.*, 1895, t. I, p. 619. — **Gaulard.** Etat puerpéral et tuberculose. *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 371. — **Gehé.** Rétroversion de l'utérus gravide. *Annales de la policlinique.* Toulouse, mars 1895, p. 34. — **Green Cumstorn.** Note on the Pathology and Treatment of Osteomalacia. *Annals of Gynæc. and Pædiat.*, mars 1895, p. 363. — **Hare** (C. H.). A case of eclampsia ; death. *Boston med. and surg. J.*, 1895, t. I, p. 487. — **Harrison** (A. C.). Placenta prævia. *Med. Rec.*, N.-Y., 1895, I, 493. — **Hirigoyen.** Hémorrhagie par rupture du sinus circulaire d'un placenta normalement inséré. *Gazette hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 1895, p. 292 — **Hubbard** (Thomas). Epistaxis and pregnancy. *Med. Rec.*, N.-Y., 1895, I, p. 489. — **Matthew D. Mann.** Perforation of the Uterus after Abortion with Prolapsus of Intestine ; with a Report of Three Cases, etc. *Am. J. of Obst.*, mai 1895, p. 603. — **Mougeot.** Tuberculose et infection puerpérale. *Gazette hebdomadaire.* Paris, 4 mai 1895, p. 213. — **Puech.** Vomissements incoercibles de la grossesse ; avortement effectué à l'aide du curettage. Guérison. *Revue obstétricale internationale*, Toulouse, 1er juin 1895, p. 123. — **Queirel.** Grippe et puerpéralité. *Revue obstétricale internationale*, Toulouse, 1er juin 1895, p. 121. — **Shaw** (John). Two cases of placenta prævia centralis treated by means of Champetier de Ribe's bag. *The British gynæcological Journal*, Londres, février 1895, p. 545. — **Silex** (P.). Ueber Retinitis albuminurica gravidarum. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 13, p. 385. — **Williams** (W. I.). Diseased conditions of the ovum leading to watery discharges from the uterus. *Medic. News*, Philad., 1895, I, p. 343. — **Woyer.** Ein Fall von Eklampsie bei Mutter und Kind. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 13, p. 327.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Cullingworth.** On the local treatment of puerperal fever. *The Practitionner*, Londres, avril 1895, p. 312. — **Gubaroff.** Ueber die Behandlung der Eklampsie. *Cent. f. Gyn.* 1895, n° 5, p. 127. — **Horace E. Marion.** Early curetting in puerperal Sepsis. *The Boston medical and surgical Journal*, 30 mai 1895, p. 538. — **Phillips** (John). On the management of the pregnant, parturient, and lying in woman suffering from cardiac disease. *The practitioner*, London, juin 1895, p. 486. — **Sirois.** Injections vaginales avant et après l'accouchement. *Union médic. du Canada*, Montréal, 1895, t. IX, p. 169.

VARIA. — **Lavergne.** La pression atmosphérique peut-elle être considérée comme une cause de rétention placentaire ? *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 321. — **Müllerheim.** Zur Diagnose des Placentarsitzes. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 21, p. 569. — **Sherwood Dunn.** Un cas de grossesse normale chez une femme à qui on n'a laissé qu'une portion d'ovaire. *La Clinique française*, 1895, mai, p. 445.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Août 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, DIAGNOSTIQUÉE AU SIXIÈME MOIS, OPÉRÉE A UNE ÉPOQUE RAPPROCHÉE DU TERME; — EXTRACTION D'UN ENFANT VIVANT; SUITES HEUREUSES POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT (1).

Par le professeur **A. Pinard.**

Le 26 février 1895, entrait dans mon service, à la clinique Baudelocque, la femme Philomène Nicolet, qui m'était adressée par mon collègue et ami le professeur Berger.

Cette femme, âgée de trente-six ans, nous raconte ce qui suit : elle nous affirma n'avoir jamais été malade. Réglée à quatorze ans, les règles parurent régulièrement depuis cette époque, tous les mois, jusqu'au mois de juillet 1894 ; mais, elle ne peut préciser exactement la date.

Dès le mois d'août, nausées et vomissements, et du 22 au 23, elle perd un liquide à peine rosé. Elle continue son métier de blanchisseuse. Mêmes symptômes pendant le mois de septembre : du 22 au 23 septembre, même perte qu'au mois d'août.

Au mois d'octobre, douleurs abdominales qui l'obligent à s'aliter pendant deux jours ; puis, reprise du travail et de la vie habituelle. Pendant le mois de novembre, les douleurs reparaissent en même temps que la miction et la défécation

(1) Communication à l'*Académie de Médecine*, séance du 6 août 1895.

deviennent douloureuses. Elle ne peut bientôt plus se tenir debout, prend le lit et fait appeler pour la première fois un médecin. Ce premier confrère diagnostiqua une grossesse avec menace de fausse couche et prescrivit le repos au lit. Les douleurs persistant et la fausse couche ne se faisant pas, un deuxième médecin fut appelé qui diagnostiqua fibrome utérin et non grossesse. Et dans le but de faire revenir les règles, il ordonna de prendre matin et soir un cachet contenant vingt centigrammes de poudre de sabine. 75 de ces cachets, c'est-à-dire 15 grammes de sabine furent pris (j'ai eu entre les mains les ordonnances), sans produire le moindre incident. Au mois de février, les douleurs devenant moins vives, elle put quitter le lit et alla, alors, consulter dans un service d'accouchements où on lui dit qu'elle était enceinte et qu'elle avait en plus une tumeur.

Quelques jours après, elle éprouvait des douleurs au niveau du membre inférieur gauche qui augmentait de volume, et cela d'autant plus qu'elle restait debout plus longtemps.

C'est pour cette raison qu'elle alla consulter le professeur Berger, qui, après l'avoir examinée, pensa à une grossesse extra-utérine et voulut bien me l'adresser.

Examen a son entrée. — État général mauvais, facies grippé. Cuisse et jambe gauches œdématiées et douloureuses. A la vue, le ventre est développé comme chez une femme enceinte de six mois environ. La paroi abdominale est tendue, lisse et dépourvue de toute trace de vergeture.

Au *palper*, on constate la présence d'une tumeur médiane dépassant l'ombilic de deux travers de doigt. Cette tumeur à parois kystiques constamment tendues ne peut être déplacée. Elle paraît fixée et immobilisée par des adhérences dans la profondeur. Ce n'est qu'avec difficulté qu'on perçoit, en déprimant fortement la paroi, la sensation des parties fœtales. Mais, à gauche et en bas de l'ombilic, on entend avec facilité les bruits du cœur. A droite, en dehors et à côté de la grosse tumeur on en sent une petite, de la grosseur

d'une mandarine qui présente, pendant l'examen, des alternatives de durcissement et de ramollissement. Quand elle durcit, on peut non seulement la sentir et constater le sillon qui la sépare de la grosse tumeur, mais encore, on peut aussi la voir formant un relief dans la fosse iliaque droite.

En pratiquant le toucher de la main gauche, on trouve l'excavation remplie par la partie inférieure de la grosse tumeur, et en déprimant le point le plus déclive avec la pulpe de l'index, on perçoit le ballottement céphalique. Le col est légèrement dévié en avant et à droite ; il est ramolli comme dans la grossesse utérine. Pratiqué de la main droite, le toucher combiné avec le palper fait reconnaître que le col et la petite tumeur sont en continuité.

En présence de ces renseignements et de ces constatations, je porte le diagnostic de grossesse extra-utérine de six mois et demi environ avec enfant vivant. Mais, je fais remarquer à mes élèves qu'il nous manque un élément de diagnostic extrêmement important, à savoir : la certitude de la vacuité de l'utérus, que seul peut nous donner le cathétérisme intra-utérin. Et si je ne le pratique pas immédiatement, c'est que les autres symptômes sont assez nets pour ne pas me faire hésiter dans le choix de l'étiquette, et surtout, parce que je ne veux produire en ce moment, ni traumatisme, ni réflexe qui pourraient avoir dans l'espèce des conséquences fâcheuses.

Dans ces conditions, je résolus d'attendre, pour intervenir, l'époque où la viabilité du fœtus me paraîtrait parfaitement établie, et je pris toutes les mesures qui, à mon avis, me permettraient d'atteindre ce moment sans encombre. J'ordonnai le repos au lit, avec immobilité absolue. La régularité des fonctions fut assurée. Le membre inférieur gauche fut placé dans une gouttière ; les battements du cœur observés quotidiennement. — Le 8 mars, l'œdème de la jambe gauche ayant disparu, la gouttière fut enlevée. — État général excellent. — Le fond du kyste fœtal s'élève à 26 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Le fond

de la petite tumeur, c'est-à-dire de l'utérus, s'élève à 9 centimètres et demi.

Cette grossesse ectopique évolue ainsi, sans aucun incident, jusqu'à la fin du mois d'avril. Le kyste fœtal se développa, offrant toujours les mêmes caractères, c'est-à-dire, immobilité et tension très accusée et constante de ses parois, de telle façon que le 30 avril, le fond s'élevait à 35 centimètres au-dessus de la symphyse. L'utérus s'élevait à 11 centimètres et demi. Le col était aussi ramolli que chez une femme primipare à terme. Les battements du cœur étaient normaux. A aucun moment, l'auscultation pratiquée chaque jour n'avait permis d'entendre le souffle maternel. De temps en temps, seulement, on put percevoir à gauche et en bas un bruit de piaulement, mais extrêmement fugace.

Ce même jour, 30 avril, je fis une nouvelle leçon sur ce cas intéressant et je prévins les élèves que j'interviendrais le jeudi 2 mai. La viabilité du fœtus me paraissait acquise et le développement suffisait. Je pratiquai l'opération, le 2 mai, avec l'assistance de mon collègue et collaborateur et ami Segond et en présence de mon collègue P. Berger et de tous mes élèves.

OPÉRATION. — Chloroforme à 11 heures. — Cathétérisme de la vessie. Cathétérisme de l'utérus, avec le doigt d'abord. Le col est trouvé aussi mou que chez une femme à terme; il est facilement perméable, mais, aussi haut que le doigt peut atteindre, il ne perçoit rien au-devant de lui. Le cathétérisme de l'utérus est alors pratiqué avec une grosse sonde en gomme qui pénètre jusqu'au fond de l'organe. Du col au fond, l'étendue est de 14 centimètres et demi.

J'incise la paroi abdominale sur la ligne médiane. Les parois du kyste apparaissent, et on voit leur minceur extrême qui supporte de nombreux vaisseaux énormes; les uns dépassent le volume du petit doigt. Au moment où je pince la paroi, un de ces vaisseaux se rompt. Une pince qu'on cherche à appliquer sur le vaisseau ne fait que rendre

l'hémorrhagie plus considérable, tellement la minceur et la fragilité des parois est accusée. Le kyste est alors rapidement incisé. Un pied est saisi au fond du kyste et le fœtus extrait. La compression est faite au pourtour des parois du kyste à l'aide des mains d'abord, puis à l'aide de pinces à forcipressure et à ligaments.

On procède immédiatement à la suture des parois du kyste aux lèvres de la plaie abdominale en comprenant dans la suture le bord du placenta qui affleure à droite et à gauche.

Quand ces nombreuses sutures sont faites, on voit alors une ouverture de 10 centimètres de diamètre dont le fond est tapissé entièrement par le placenta. Cette cavité est remplie de gaze iodoformée et salolée. Bandage de corps. Opération terminée à midi.

Pendant les suites de couches, la température n'a pas dépassé 38 degrés. Le lendemain, la mère allaitait son enfant.

Le 13 mai, premier pansement. On se contente de laver la cavité avec la solution de biiodure à 1 p. 4000. On renouvelle la gaze salolée. On fait ensuite le même pansement tous les trois jours.

Le 25 mai, une portion considérable du placenta s'est détachée spontanément et fait saillie; on l'enlève. Elle pèse 150 grammes.

Le 30 mai, on retire 70 grammes de placenta ; le 2 juin, 35 grammes, le 5 juin, l'irrigation fait sortir le reste, 175 grammes. Depuis ce moment, lavage quotidien de la cavité avec la solution biiodurée. La femme se lève le quarante-troisième jour.

Aujourd'hui, ainsi qu'on peut le constater, la cavité a disparu. Les parois du kyste sont résorbées ; l'utérus a repris sa place normale et l'état général est parfait.

L'enfant (garçon), dont l'extraction avait été aussi rapide que facile, présenta cependant des troubles de la respiration pendant quelques minutes. Il était plus qu'étonné. Les inspirations étaient rares et spasmodiques, mais on ne fut pas

obligé de pratiquer l'insufflation. Un quart d'heure après son extraction, la circulation et la respiration étaient normales.

Voici son poids et ses principales dimensions :

1° Poids.................	2.730 grammes.
2° Longueur totale.......	47 centimètres.
3° Diamètre de la tête :	
O.M................	124 millimètres
O.F................	112 —
S.o.B..............	114 —
S.o.F..............	104 —
Bi-P...............	94 —
Bi-T...............	8 centimètres.
S.M.B..............	10 —

Cet enfant présente une légère asymétrie de la face, et une dépression assez accusée au niveau du maxillaire gauche, dépression produite par le moignon de l'épaule, la tête ayant été pendant la vie intra-kystique inclinée et pressée sur l'épaule gauche par les parois du kyste.

Cette asymétrie et cette dépression ont complètement disparu aujourd'hui, ainsi qu'on peut le voir en examinant l'enfant. Nourri en partie par sa mère, en partie à l'aide du lait stérilisé, il a présenté un accroissement normal.

Voici ses poids :

Poids initial...............	2.730 grammes.
3e jour..............	2.570 —
10e —	2.800 —
20e —	3.110 —
30e —	3.305 —
40e —	3.620 —
50e —	4.000 —
60e —	4.380 —
70e —	4.850 —
80e —	5.300 —
90e —	5.800 —

REMARQUES. — Cette observation me semble présenter un certain nombre de points intéressants concernant l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, la marche, le traitement de cette grossesse extra-utérine et le résultat obtenu.

Au point de vue de l'étiologie, je ferai remarquer combien il est rare de constater une grossesse ectopique chez une primipare n'ayant jamais présenté ni le moindre trouble fonctionnel de l'appareil génital, ni une affection quelconque de la cavité abdominale.

La symptomatologie a été celle observée dans la pluralité des cas. Sauf l'expulsion d'une caduque qui n'a pas eu lieu, nous retrouvons ici le schème du complexus symptomatique noté dans le plus grand nombre des observations, à savoir : la suppression des règles, des accidents abdominaux et des troubles de la miction et de la défécation survenant du deuxième au quatrième mois, etc. Je n'insisterai donc point, mais je veux m'arrêter sur certains phénomènes objectifs qui ont, de suite, pour ainsi dire, éclairé le diagnostic. Je veux parler de la présence de deux tumeurs : *l'une* grosse, à parois constamment tendues, comme dans les cas de grossesse utérine avec hydropisie de l'amnios, ou de kyste de l'ovaire, mais qui au lieu de se présenter comme dans ces cas, se montre immobile dans ses parties profondes ; *l'autre* petite, et présentant dès le moindre contact des alternatives de durcissement et de ramollissement. Je n'ai jamais, pour ma part, dans plus de 80 observations de grossesse extra-utérine que j'ai pu étudier, rencontré des contractions aussi fréquentes et aussi facilement mises en jeu. Je me permets donc d'attirer l'attention des accoucheurs sur ces deux points qui constituent, selon moi, deux éléments extrêmement importants du diagnostic : tumeur contenant un fœtus fixée dans la cavité abdominale, accompagnée d'une autre petite tumeur se contractant.

Je dois faire remarquer également que la superficialité des parties fœtales signalée par quelques auteurs, faisait ici com

plètement défaut. Du reste, j'ai pu constater que, sauf dans deux cas, où le fœtus était absolument libre, à nu, sans aucun sac, dans la cavité abdominale et où, par conséquent, il était facile de le percevoir, à travers la paroi abdominale, j'ai toujours perçu par le palper, le fœtus contenu dans le kyste fœtal avec plus de difficultés que le fœtus contenu dans l'utérus. Je ne ferai que signaler le ramollissement du col aussi prononcé que dans les cas de grossesse utérine. Cela dit au point de vue de l'étiologie, des symptômes et du diagnostic, j'arrive à ce point : étant donné qu'on se trouve en présence d'une grossesse extra-utérine, de six mois au moins, avec enfant vivant, que peut-on, que doit-on faire ?

C'est ce que je vais exposer rapidement en essayant de légitimer ma conduite dans ce cas, conduite qui a paru être en contradiction avec ce que j'enseigne depuis longtemps et à propos de laquelle je me suis déjà expliqué ailleurs, pour un cas semblable (1). Il est une formule que je répète souvent et qui, je crois, me paraît être acceptée par la majorité des gynécologues, c'est la suivante :

Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.

Cette formule diffère de celle de Werth adoptée par beaucoup de chirurgiens et qui est celle-ci :

Toute grossesse extra-utérine doit être traitée comme une tumeur maligne.

Je vous demande la permission de vous montrer en quoi diffèrent ces deux formules. Celle de Werth implique l'intervention immédiate dès que le diagnostic est posé, car, on n'intervient jamais assez tôt dans un cas de tumeur maligne. La mienne, tout en commandant l'intervention, laisse aux circonstances le soin d'indiquer le moment de cette intervention, c'est-à-dire qu'elle prend en considération, suivant les cas, tantôt l'intérêt de la mère, tantôt l'intérêt de l'enfant, ainsi que je vais essayer de vous le démontrer.

---

(1) Voyez *Semaine médicale*, 10 janvier 1894.

Dans la première moitié de la grossesse ou quand l'enfant est mort depuis deux mois, j'accepte la formule de Werth. Oui, il faut opérer de suite, car alors la mère se trouve dans les meilleures conditions pour guérir, et quand, dans les premiers mois, l'enfant est vivant, nous savons combien il a peu de chances d'arriver à la viabilité. Donc, sur ce point, aucun désaccord.

Mais, il arrive que le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé dans les deux circonstances suivantes :

1° La grossesse est dans la dernière moitié, comme dans le cas que je viens de rapporter.

2° Le fœtus, âgé de plus de cinq mois, est mort seulement depuis quelques jours.

Dans ces deux cas, devons-nous intervenir de suite ? Telle n'est point mon opinion, et voici mes raisons.

Quand l'enfant est mort depuis quelques jours seulement, je crois qu'une intervention immédiate exposerait la mère aux dangers d'une hémorrhagie au même degré que si l'enfant était vivant. Et c'est pour cette raison que je préfère attendre deux mois environ, c'est-à-dire la cessation de la vascularisation placentaire active. Mais il est bien entendu que si des symptômes faisaient craindre, ou une rupture, ou une transformation purulente de son contenu, je n'hésiterais pas à intervenir de suite, au risque de courir les dangers de l'hémorrhagie, ceux-ci étant moins grands que ceux qu'on redoute d'une péritonite purulente.

Vous le voyez, l'intérêt de la mère est ici seul en jeu, et ce sont les circonstances qui, pour moi, dictent l'intervention.

Quand l'enfant est vivant et âgé de six mois, en intervenant de suite, c'est-à-dire en sacrifiant l'enfant, intervient-on dans des conditions plus favorables pour la mère que si l'on intervenait à l'époque de la viabilité du fœtus ? Je ne le crois pas. Je pense qu'à cette époque les dangers de l'hémorrhagie sont sensiblement les mêmes qu'à la fin de la grossesse, parce que le placenta, à cette époque, est en grande partie

développé. Et c'est pour cette raison que, ne faisant pas courir plus de dangers à la mère, je préfère tenter la chance de sauver l'enfant et faire, comme l'a dit Rein au Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de Bruxelles, *de la chirurgie obstétricale absolument conservatrice.*

Non pas qu'il faille conserver l'espoir de sauver beaucoup d'enfants en agissant ainsi, car souvent les enfants meurent avant d'avoir atteint l'époque de la viabilité. Comme preuve de cette assertion, je puis dire que sur trois cas où dans ces conditions, j'ai cru devoir attendre, deux fois les enfants sont morts avant que j'aie pu intervenir d'une façon utile en leur faveur. Le cas que je rapporte aujourd'hui est le seul qui m'ait permis de réaliser mon idéal.

Mais comme, dans cette occurrence, nous n'avons rien à perdre, il vaut mieux, à mon avis, essayer de sauver les enfants dont le développement ne sera point empêché, comme cela a déjà été fait un certain nombre de fois, et comme j'ai pu le faire moi-même.

C'est en m'appuyant sur ces principes, que je n'ai pas voulu intervenir de suite, me contentant de surveiller activement notre malade.

A ce propos, je ne saurais trop insister sur la valeur du *repos absolu* dans ces circonstances. Je suis convaincu que le développement énorme des vaisseaux de nouvelle formation entraîne leur fragilité et les expose à la rupture sous l'influence du moindre choc ou de la moindre pression. On a pu constater le bien fondé de cette assertion lors de mon intervention. Dès que j'eus touché à l'un de ces énormes vaisseaux, il se rompit et il est impossible, dans ces cas, de faire de la forcipressure, tellement est accusée la minceur et la friabilité des parois vasculaires.

Je n'insisterai pas davantage sur ces considérations, et je soulève une autre question : Sur quoi doit-on s'appuyer pour fixer le moment de l'intervention ? Ce point est également très important, car, intervenir trop tôt, c'est s'exposer, comme on l'a fait trop de fois, à extraire un enfant n'ayant

pas encore toutes les aptitudes à vivre de la vie extra-utérine; intervenir trop tard, c'est s'exposer à extraire un enfant mort.

Aussi, sur ce terrain si mouvant, je pense qu'il faut prendre en considération l'âge de la grossesse autant qu'on peut le connaître et le développement du kyste, contenant et contenu. Je crois que si le développement du fœtus dans un kyste fœtal n'est pas toujours entravé, il est tout au moins toujours plus ou moins gêné, retardé ; il se fait moins régulièrement que dans la grossesse utérine.

Aussi, me paraît-il prudent, pour avoir toutes les chances d'extraire un enfant tout à fait viable, de ne pas intervenir, avant le 8e mois tout à fait accompli. Je fixerais donc le moment opportun de l'intervention dans le cours du 9e mois.

C'est ainsi que chez ma malade, bien que je ne fusse pas exactement renseigné sur la date des dernières règles, — je savais seulement qu'elle avait eu ses dernières règles au mois de juillet, — je ne voulus pas intervenir avant d'avoir constaté que le fond du kyste s'élevait à 35 centimètres au-dessus de la symphyse (le fond de l'utérus à terme s'élevant en moyenne à 34 centimètres) et aussi avant d'être certain que la grossesse était dans le neuvième mois. Et la suite a démontré que je n'avais pas eu tort d'attendre jusqu'à cette époque.

Le moment de l'intervention étant fixé, j'étais absolument fixé sur le manuel opératoire que je suivrais. J'étais résolu à pratiquer la laparotomie, à ouvrir le kyste, à extraire le fœtus *et à ne pas toucher au placenta,* me contentant de la marsupialisation ou de l'extériorisation du sac.

D'après la lecture des observations publiées, et d'après ce que j'ai vu moi-même dans dix-sept cas, je pense qu'il est bien préférable, dans l'intérêt de la femme, de ne pas essayer d'extraire le placenta ou d'extirper le sac. L'on ne sait jamais à l'avance quelles sont les adhérences du kyste, où le placenta est inséré ; en un mot, l'on ignore les difficultés auxquelles on pourra se heurter pendant l'opération.

Aussi, pour ces raisons, je suis partisan convaincu de la méthode qui consiste à tout faire pour éviter tout décollement du placenta, et à laisser ce dernier s'éliminer spontanément. Je redoute beaucoup moins la septicémie par rétention que l'hémorrhagie par extraction immédiate, et je m'appuie sur les faits pour juger ainsi. Aussi, je répète ce que j'ai déjà dit et écrit nombre de fois : *enlever tout le kyste est peut-être plus chirurgical, mais, c'est certainement moins prudent.*

Dans seize cas de marsupialisation, je n'ai pas eu un seul accident grave causé par la rétention placentaire. J'attendrai qu'un opérateur partisan de l'extirpation du sac me montre une série semblable pour changer d'opinion.

J'ai pu constater que l'élimination du placenta, si elle était peut-être un peu retardée, se faisait aussi facilement après extraction d'un enfant vivant qu'après extraction d'un fœtus mort. L'élimination s'est faite, dans le cas actuel, du vingt-sixième au trente-deuxième jour. Je ferai remarquer aussi que la cavité du kyste fut irriguée depuis le jour de l'opération, jusqu'au moment de sa disparition, avec la solution de biiodure à 1 p. 4000, sans qu'il y eût le moindre symptôme d'intoxication hydrargyrique.

J'arrive enfin à l'enfant. Ainsi que je l'ai dit, son poids était de 2,730 grammes. Il était bien conformé, sauf l'asymétrie faciale signalée plus haut. Ces déformations ou malformations observées chez des enfants développés dans un kyste fœtal ont été notées déjà par un certain nombre d'observateurs, notamment par :

A. Martin (1): Volumineuse encéphalocèle à l'occiput.

Stadfeld (2): Subluxation du poignet droit et des articulations tibio-tarsiennes.

William (3): Petites déformations crâniennes.

---

(1) A. Martin. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1881.

(2) Stadfeld. *Hospital Tidende*, 1886, p. 889.

(3) William. *Transactions of the obstetrical Society of London*, t. XXIX, p. 482.

Spaeth (1) : Paralysie faciale.

Rein (2) : Légère asymétrie de la tête.

Olshausen (3) : Aplatissement considérable du crâne et du visage, du côté gauche.

Taylor (4) : Déformations crâniennes.

Frommel (5) : Sillon profond sur le pariétal gauche.

Guéniot (6) : Légère dépressiou au niveau de la suture fronto-pariétale gauche.

Marchand (7) : Légère dépression au niveau du pariétal droit.

Comme le dit, avec raison, le Dr Orillard (8), dans sa thèse inaugurale extrêmement intéressante :

« Il est certain que les malformations sont plus fréquentes chez les fœtus extra-utérins ; mais elles paraissent être, en somme, la plupart du temps, compatibles avec la vie. »

Elles sont semblables à celles qu'on observe quelquefois chez les enfants des primipares ayant peu de liquide amniotique et des parois utérines très résistantes ; ces déformations siègent sur les pieds, faux pieds bots, quand l'enfant se présente par le sommet, ou bien sur les côtés de la face, quand l'enfant se présente par le siège. J'ai cité plusieurs de ces cas dans mon traité du *palper abdominal*.

Ces déformations, résultat de pressions pendant la période de développement, disparaissent assez rapidement, et chez notre enfant, comme on peut le voir aujourd'hui, il n'y en a plus traces.

Chose curieuse, cet enfant, aussitôt après son extraction, qui avait été rapide et facile, ne s'est pas mis à crier de

---

(1) SPAETH. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Bd. XVI, 1809.

(2) REIN. *Centralblât für Gynäkologie*, 1892.

(3) OLSHAUSEN. In *Deutsche medecinische Wochenschrift*, 1890, p. 171.

(4) TAYLOR. *Transactions of the obstetrical Society of London*, avril 1891, p. 115.

(5) FROMMEL. *Münchener medecinische Wochenschrift*, 1892,

(6) GUÉNIOT. In *Thèse* Orillard, obs. LV, p. 93.

(7) MARCHAND. *Ibid.*, obs. LVI, p. 95.

(8) ORILLARD. *Th. doct.*, Paris, Steinheil, 1894.

suite, et la respiration a eu quelque peine à s'établir. Il a présenté le choc spécial encore inexpliqué qu'on observe chez presque tous les enfants extraits par l'opération césarienne, quelles que soient la rapidité et la facilité de l'extraction.

Mais ce trouble n'a pas duré, et un quart d'heure après sa naissance, toutes ses fonctions s'établissaient régulièrement.

Ainsi que le montrent ses poids, son accroissement a été normal. Aujourd'hui, il pèse 5,900 ; c'est un enfant superbe que j'ai fait venir avec sa mère et que vous allez pouvoir examiner.

DU CURETTAGE COMME MÉTHODE D'AVORTEMENT ARTIFICIEL

Par le Dr **P. Puech** (de Montpellier).

A la dernière session (avril 1895) de la *Société obstétricale de France*, j'ai relaté un cas de vomissements incoercibles de la grossesse, dans lequel je dus recourir à l'avortement provoqué. L'intérêt de cette observation résidait dans le procédé employé pour amener l'évacuation de l'utérus : le curettage.

Frappé par les résultats obtenus, j'ai été naturellement conduit à rechercher la valeur de cette méthode d'avortement artificiel. Pour cela, il fallait réunir les observations similaires, et, de cet ensemble de faits, dégager la gravité de l'opération, dresser le bilan de ses inconvénients et de ses avantages, établir sa légitimité dans certains cas ; celle-ci reconnue, il y avait lieu d'envisager quelques points de technique. — C'est ce que j'ai tenté dans le présent mémoire.

I

Voici tout d'abord l'observation point de départ de ce travail, et les commentaires dont je l'ai fait suivre.

Obs. I (1) (personnelle).

Mme C..., 32 ans, domiciliée dans une petite localité des environs de Montpellier, est enceinte pour la septième fois. Sauf la première grossesse, qui s'est terminée à 8 mois par la naissance d'un enfant mort-né, les cinq autres grossesses sont allées jusqu'à terme. De ces cinq enfants, trois vivent actuellement ; ils ont 13, 10 et 9 ans. Un enfant, le troisième, a succombé au bout d'un mois et demi ; le dernier, qui se présentait par le siège, est mort pendant le travail. A noter que chacune de ces grossesses a été marquée par des vomissements assez pénibles.

Comme antécédents pathologiques, nous relevons l'existence d'accidents nerveux, pour lesquels M. le professeur Grasset consulté a porté le diagnostic d'hystéro-neurasthénie.

Les règles se sont montrées la dernière fois le 10 juillet 1894. Le 5 août, dans la journée, la malade a quelques vomissements, attribués tout d'abord à une indigestion. Le lendemain et les jours suivants, les vomissements se reproduisent, peu fréquents au début, se répétant ensuite de plus en plus et fatiguant beaucoup la malade. C'était l'époque de la menstruation, qui manqua.

Les vomissements augmentant toujours, mon excellent confrère, le Dr Castan (de Pignan), fut appelé le 16 août. Il recueillit les renseignements que je viens de reproduire, pratiqua une exploration génitale qui lui permit de percevoir une légère augmentation du volume de l'utérus, et dès lors pensa, avec juste raison, qu'il s'agissait de vomissements dus à un début de grossesse. Tous les divers moyens usités en pareils cas furent successivement essayés : potion de Rivière, champagne glacé, eau chloroformée, colombo, vésicatoire sur la région épigastrique, tampons enduits d'une pommade de cocaïne appliqués sur le col... ; rien n'y fit. Les vomissements devenaient toujours de plus en plus intenses : de 15 à 20 par jour, ils arrivèrent aux chiffres de 60, 80 et 90. Le 27, la malade est vue en consultation avec le professeur Hamelin, qui conseilla les opiacés. Ces derniers n'eurent pas plus de succès que les moyens précédemment employés.

---

(1) Cette observation a été rédigée d'après les notes que le Dr Castan m'a très obligeamment adressées.

Voyant l'état de la malade s'aggraver de jour en jour, le Dr Castan pensa que la seule ressource était l'interruption de la grossesse, et, le 31 août, il m'adressait une dépêche me priant de venir au plus tôt pratiquer un avortement.

Dès mon arrivée, je n'eus pas de peine à me rallier à la manière de voir de mon confrère. Je trouvai, en effet, Mme C..., dans un état des plus misérables : l'amaigrissement qui, aux dires du Dr Castan, s'est produit avec une très grande rapidité, est consisidérable ; les traits sont altérés, les yeux excavés, tendance aux syncopes ; le pouls bat de 124 à 128 fois par minute ; les urines sont rares ; il n'y a pas d'acidité et de fétidité de l'haleine. Au lit, qu'elle ne quitte pas depuis plusieurs jours, la malade garde une attitude particulière : elle est repliée sur elle-même, de manière à soulager un peu l'abdomen endolori par suite des vomissements fréquents et des nausées continuelles. Elle demande la mort à grands cris, pour mettre fin à ses souffrances.

Le toucher vaginal combiné au palper me fit percevoir l'augmentation de volume de l'utérus, dont le fond, facilement accessible à travers la paroi abdominale amaigrie, affleurait le bord supérieur du pubis. Il n'y avait pas la moindre déviation dans aucun sens. Le pourtour de l'orifice externe du col est légèrement ramolli ; il n'offrait ni éversion, ni surface granuleuse.

Je me prononçai pour l'avortement, qui fut accepté.

Je m'étais muni à tout hasard, en même temps que d'une sonde et d'un ballon-excitateur de M. Tarnier, d'une curette tranchante et d'un laveur-dilatateur de Reverdin. Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques et avoir soumis la femme à l'action de quelques bouffées d'éther, je procédai à l'évacuation de l'utérus à l'aide de la curette.

Le col, saisi avec une pince tire-balle, fut abaissé à la vulve ; j'introduisis dans l'utérus le laveur-dilatateur de Reverdin, dont les branches furent lentement écartées et fis une abondante irrigation avec deux litres d'eau bouillie, contenant 1 gramme de sublimé.

C'est alors qu'agissant avec la curette, j'arrivai à extraire l'œuf presque en entier. A plusieurs reprises, l'instrument fut promené sur les parois utérines, de manière à effectuer une évacuation de l'utérus aussi exacte que possible. Quand la curette ne ramena plus de débris, je fis à nouveau une irrigation intra-utérine avec

trois litres environ d'eau bouillie, et terminai en écouvillonnant vigoureusement les parois de l'utérus avec de la ouate disposée autour d'une étroite pince à pansement et imbibée d'alcool. Une lanière de gaz salolée est tassée lâchement dans la cavité utérine, et le vagin est tamponné avec de la ouate antiseptique. L'hémorrhagie a été insignifiante, presque nulle. Les divers actes opératoires n'ont pas demandé plus d'une demi-heure. Prescription : champagne frappé ; une pilule d'extrait gommeux d'opium pour la nuit.

Les suites opératoires, comme les résultats thérapeutiques, furent également heureux. Les vomissement cessèrent immédiatement, « comme par enchantement », m'écrivait le Dr Castan ; il ne s'en est plus produit un seul depuis l'intervention. Le ventre conserva un peu de sensibilité pendant les deux premiers jours, mais sans ballonnement, sans qu'il y ait la moindre menace de péritonite. Au reste, la température, prise régulièrement par mon confrère, n'a pas dépassé 37°,7. Le 3 septembre, le quatrième jour après l'opération, je suis retourné auprès de la malade, et je pus constater par moi-même les heureux changements accomplis dans son état : le lait et le bouillon sont bien tolérés ; le matin même un œuf a été donné. Après ablation du tampon vaginal et de la gaze laissée dans l'utérus, je fais une irrigation intra-utérine, qui ne ramène que quelques débris insignifiants. Les jours qui suivent des injections vaginales sont pratiquées matin et soir. Le 11, la malade, quoique encore faible, quitte le lit pendant quelques heures. Soumise à un régime tonique, elle prend rapidement des forces, et le 16 septembre peut aller jusqu'à l'église voisine. Dans les premiers jours d'octobre, elle était complètement rétablie.

Point n'est besoin de s'étendre en longs commentaires au sujet de cette observation. Elle ne tire quelque intérêt que de la conduite suivie. C'est donc à ce seul point de vue que je veux m'en occuper.

L'avortement était-il justifié dans le cas présent ? D'une manière unanime, les auteurs reconnaissent combien, en pareille circonstance, la conduite de l'accoucheur est délicate, le problème embarrassant à résoudre. D'une part, en effet, on doit craindre d'intervenir trop prématurément, alors

qu'il serait encore possible d'obtenir la guérison sans sacrifier la grossesse; de l'autre, on doit redouter de laisser échapper le moment favorable et de pratiquer l'avortement à une époque trop avancée, alors que la malade est entrée dans la troisième période et que la mort est à peu près inévitable.

Pour échapper à ce double écueil, Paul Dubois, dont l'opinion est acceptée par tous les accoucheurs, place le moment de l'intervention à la fin de la seconde période, avant que se soient déclarés les accidents cérébraux, qui caractérisent la troisième. Lorsque j'ai vu pour la première fois ma malade, je trouvais chez elle tous les signes que ce maître a donnés comme établissant la convenance de l'avortement provoqué, c'est-à-dire vomissements presque continuels, amaigrisssment et faiblesse extrêmes, apathie et syncopes, altération profonde des traits, accélération et petitesse du pouls, diminution de la quantité des urines, enfin insuccès de toutes les médications qui avaient été antérieurement essayées.

M. Charpentier a beaucoup insisté sur l'importance de la diminution du poids, qui fournirait des données certaines, devant servir de guide à l'accoucheur : toutes les malades maigrissent sans doute, mais avec une rapidité variable. Lorsque la déperdition quotidienne ne dépasse pas 150 à 200 grammes, on ne doit pas se préoccuper outre mesure ; si, au contraire, elle arrive à 300 et surtout à 500 grammes, l'état devient grave, et la question de l'intervention se pose absolument. De là l'importance des pesées journalières. Force a été dans notre cas de nous priver de ce moyen dont nous reconnaissons l'utilité et la simplicité. J'ai dû me contenter des renseignements fournis par l'entourage et le confrère qui, avec beaucoup de soin, avait suivi la malade. L'un et l'autre avaient été frappés par la rapidité avec laquelle l'amaigrissement s'était opéré.

Me basant sur ces constatations et sur celles que moi-même je relevai, en présence de l'impuissance de la théra-

peutique très rationnellement suivie jusque-là, je pensai qu'il y aurait danger à différer l'intervention, et, sans plus tarder, je me mis en demeure de pratiquer l'avortement. On a vu que celui-ci avait été réalisé à l'aide du curettage. J'avais, en effet, présent à l'esprit le souvenir de deux ou trois faits récemment publiés où cette méthode avait été employée, et ce avec le plus grand succès. Il me sembla, que dans le cas présent, elle trouvait son indication et qu'elle devait être préférée aux autres procédés d'avortement artificiel.

Trois raisons me décidèrent à ce choix.

La situation était grave et pressante ; dès lors toute perte de temps devenait nuisible. Justement le curettage allait me permettre d'atteindre très rapidement le but cherché, c'est-à-dire l'évacuation de l'utérus. — Chez une malade déjà si faible, si profondément anémiée, il fallait, autant que possible, se mettre à l'abri d'une hemorrhagie, quelque minime qu'elle soit. Or les méthodes classiques d'avortement artificiel ne donnaient à cet égard aucune garantie : on pouvait toujours craindre que — le réveil de la contraction utérine une fois obtenu, — l'expulsion de l'embryon et de ses annexes ne se fît pas sans hémorrhagie, cette compagne habituelle et souvent redoutable de l'avortement. Enfin nous nous trouvions dans des conditions particulièrement défectueuses pour surveiller un avortement qui aurait demandé un temps plus ou moins long pour s'accomplir : la localité où nous opérions était à 18 kilom. de Montpellier et à 2 kilom. de la résidence de mon confrère ! En cas de besoin pressant les secours médicaux pouvaient absolument manquer. Il fallait s'en remettre aux soins d'un entourage, dévoué sans doute, mais nullement habitué aux pratiques obstétricales et antiseptiques, et, partant, laisser la malade courir les risques d'accidents graves ou d'une infection toujours menaçante.

Le résultat cherché a été atteint en tous points : très facilement et très rapidement l'évacuation de l'utérus a été opérée par la curette; insignifiante ou presque nulle a été

l'hémorrhagie ; à aucun moment notre malade n'a présenté des phénomènes d'infection.

II

L'évacuation de l'utérus gravide à l'aide de la curette est loin d'avoir sa place parmi les procédés classiques d'avortement artificiel. Le nombre encore peu considérable d'observations publiées, le silence gardé à son égard par la plupart des auteurs des traités modernes d'obstétrique nous en fournissent la preuve.

Le professeur H. Fritsch,de Breslau, préconise cependant l'emploi de la curette, lorsque l'avortement artificiel est indiqué dans les premiers mois de la grossesse. « Quand la dilatation suffisante du col a été atteinte, écrit-il à la page 319 de son traité (1), on enlève l'œuf en une seule séance. Des fœtus de trois mois et même des fœtus plus volumineux peuvent être extraits au moyen d'une pince à polypes ou de la curette. » A plusieurs reprises il insiste sur l'utilité de l'évacuation prompte et complète de l'utérus. « L'opération n'est pas facile, mais il vaut mieux en tout cas terminer sous anesthésie en *une seule séance*, que laisser l'œuf se putréfier en ajournant l'opération. » Et quelques lignes plus bas. «..... Dans les premiers mois de la grossesse, surtout au deuxième et au troisième mois, époque à laquelle on provoque le plus souvent l'avortement, l'œuf doit être enlevé par l'opération. »

Dans son récent traité : *Des maladies de la grossesse et des suites de couches* (2), Vinay accepte aussi cette manière de faire lorsque l'état de la patiente exige une intervention rapide. C'est bien souvent le cas pour les vomissements incoercibles : aussi est-ce à l'occasion de ces derniers qu'après avoir constaté combien lente à se produire est parfois

(1) FRITSCH. *Traité clinique des opérations obstétricales*, 4e édition, 1892, tr. de J. Stas.

(2) VINAY. *Loc. cit.*, p. 221.

l'action de la bougie,il donne le conseil de pratiquer l'évidement de la matrice au moyen du curettage dans une seule séance et qu'il en décrit le manuel opératoire. « On commence par dilater le col au moyen d'une tige de laminaire qu'on laisse pendant vingt-quatre heures ; puis quand l'accès de la cavité utérine est ainsi facilité, on rompt les membranes et avec la curette tranchante on débarrasse l'utérus de l'œuf et de sa muqueuse. On fait une injection abondante avec une solution de permanganate de potasse, on passe ensuite un gros écouvillon dur sur tous les points de la cavité utérine, afin de la débarrasser des lambeaux de caduque qui pourraient rester adhérents, puis on termine par un tamponnement à la gaze iodoformée. »

Pour Vinay, cette opération, rapidement conduite, aurait l'avantage de limiter les hémorrhagies chez des malades affaiblies et de réduire ainsi au minimum les risques de l'avortement provoqué.

Au reste, il faut faire remarquer pour légitimer la réserve des classiques à l'égard du curettage comme procédé d'avortement provoqué, que cette application nouvelle de la curette est de date toute récente.

A la séance du 13 février 1892 de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, sous ce titre, « *avortement provoqué, rapide ou brusqué, par le curettage pour affection cardiaque* (1), M. Doléris communiquait l'observation d'une jeune femme enceinte de deux mois, chez laquelle, en raison d'accidents graves dus à une maladie de cœur, il pratiqua à l'aide de la curette l'évacuation de l'utérus. C'est là sans doute la première observation publiée en France, dans laquelle cette méthode d'avortement a été employée de propos délibéré, comme procédé de choix.

Mais doit-on, comme le laisse supposer la note insérée à la suite d'un fait analogue relaté par le Dr Roland (de Roanne) dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de*

(1) *Bulletin de la Société*, p. 67, et *N. Arch. d'obs. et de gynéc.*, 1892, p. 228.

gynécologie (1), admettre que M. Doléris n'ait point été précédé dans cette voie non seulement en France, mais encore à l'étranger ?

Le 9 septembre 1890, Rœther (d'Altona) faisait à la *Société obstétricale de Hambourg* une communication sur 3 cas d'avortement artificiel et 5 cas d'extraction d'embryons morts dans les premiers mois de la grossesse. Le détail des observations manque dans le résumé que nous en donne le *Centralblatt für Gynækologie* (2). Nous y trouvons cependant une description suffisante pour ne laisser guère de doutes sur la nature des actes opératoires exécutés ; dilatation extemporanée de l'utérus, après narcose et antisepsie du vagin et du col, à l'aide d'un dilatateur métallique ; évidement de l'utérus avec le doigt et ablation au besoin des débris placentaires avec la curette ; tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée. L'auteur insiste sur la simplicité de la méthode, son efficacité, l'absence, dans tous les cas où il l'a mise en œuvre, de complications. — Aussi ne peut-on sans injustice contester à Rœther le mérite d'avoir été un des premiers à recourir à ce mode d'avortement artificiel.

Mais même antérieurement à Doléris, antérieurement à Rœther, W. Duncan a pratiqué le curettage digital suivi de l'abrasion instrumentale de la muqueuse utérine pour interrompre une grossesse de deux mois, qui compromettait la vie de la malade atteinte de phtisie pulmonaire. Communiqué à l'*Obst. Society of London*, ce fait a été reproduit dans le numéro du 10 juin 1890 de *The Lancet*. On en trouvera plus loin les détails.

Quoi qu'il en soit de cette question de priorité, le curettage de l'utérus, comme méthode d'avortement artificiel, est donc, ainsi que nous venons de le dire, de date récente. Il y a lieu de s'en étonner.

---

(1) *N. Arch. d'obs. et de gynéc.*, 1893, p. 275.

(2) *Centralblatt f. Gynæk.*, 17 octobre 1891, p. 860.

Depuis que le curettage de l'utérus a pris une place si importante dans le traitement des affections de la matrice, il est certainement arrivé à plus d'un opérateur de déterminer involontairement l'interruption d'une grossesse : on croyait avoir affaire à une métrite, à un fibrome; et voilà qu'au lieu de fongosités, on ramène avec la curette un embryon, un placenta, des membranes. Ces interventions intempestives sont restées exemptes de toute complication fâcheuse, pourvu qu'elles aient été aseptiquement pratiquées ; les suites évoluaient de la même façon, aussi simplement qu'après un curettage ordinaire. — J'ai été pour ma part, il y a quelque six ans, témoin d'un fait de ce genre, survenu dans la pratique d'un chirurgien fort distingué. Frappé par le peu de gravité de l'opération, je m'étais demandé dès cette époque s'il n'y aurait pas là un procédé dont pourrait s'enrichir la technique de l'avortement provoqué. Et certainement le souvenir de ce fait n'a pas peu contribué à tracer ma ligne de conduite, lorsque l'occasion de provoquer un avortement s'est offerte à moi pour la première fois.

D'autre part, les résultats obtenus avec le curettage dans les cas de rétention *post-abortum* du placenta et des membranes légitimaient encore son emploi dans la pratique de l'avortement artificiel. On peut, en effet, facilement prévoir qu'un curettage effectué, l'œuf étant intact, n'offrira pas plus de dangers que lorsqu'il est exécuté pour enlever des annexes fœtales retenues dans l'utérus ; la présence d'un embryon de deux ou trois mois ne change guère les conditions. Or il n'est pas, à l'heure actuelle, d'accoucheur qui n'ait eu à se louer de cette méthode et qui ne lui doive un ou plusieurs succès.

Voilà donc deux ordres d'arguments qui plaident fortement en faveur de ce mode d'intervention artificielle de l'utérus et qui auraient dû depuis longtemps conduire à son adoption.

Mais les faits sont là, qui, mieux que les raisonnements,

mieux que les déductions les plus logiques, doivent entraîner la conviction. Nous leur laissons la parole (1).

Obs. II. — W. Duncan. Obst. Soc. of London. *The Lancet*, janvier 1890, p. 134.

Femme de 26 ans, enceinte pour la troisième fois, est atteinte de phtisie pulmonaire. La dernière menstruation datait du mois d'août 1889.

Deux médecins distingués qui avaient vu la malade déclarèrent que la continuation de la grossesse compromettait la vie de la malade. En conséquence Duncan fut conduit à pratiquer l'avortement artificiel.

L'opération eut lieu le 14 septembre. La malade fut placée dans la position de la taille ; le canal cervical rapidement et largement dilaté avec les bougies d'Hégar ; puis le doigt introduit amena fœtus et membranes. On curetta la muqueuse utérine. Irrigation au sublimé; crayon d'iodoforme dans la cavité; tampon de glycérine sur le col. L'opération dura 25 minutes.

Rétablissement complet.

Obs. III. — Doléris. Société obst. et gyn. de Paris, février 1892.

Mme A. R..,, de Moscou, 25 ans.

Famille nerveuse et arthritique. Menstruée à l'âge de 13 ans; règles assez abondantes. La malade a toujours été d'une santé faible.

Insuffisance aortique caractéristique et dilatation de l'aorte.

Les dernières règles datent des 4-9 novembre 1891. Depuis le commencement de décembre, nausées de plus en plus pénibles avec efforts violents pour vomir, accompagnées de vertiges et de défaillances. Inappétence complète. Amaigrissement rapide. Palpitations pénibles avec douleurs précordiales. Insomnie.

A la fin décembre, l'état syncopal et les vomissements sont, pour ainsi dire, continuels, ainsi que les vertiges.

L'insomnie est absolue. L'alimentation est devenue impossible. La malade est d'une faiblesse extrême. On décide, en raison de cet état, la provocation de l'avortement.

(1) Ces observations sont rangées d'après l'ordre chronologique de leur publication. Elles sont résumées en partie.

Le 4 et le 5 janvier 1892, après désinfection préalable du vagin, dilatation du col avec des tiges de laminaire.

Le 6, curettage, sans chloroformisation. La poche amniotique est ouverte par la curette. L'embryon est extrait en deux tronçons. Raclage soigneux de la paroi utérine pour le détachement de la caduque vraie. Injection intra-utérine et tamponnement du vagin. Pas de perte de sang.

État de la malade très satisfaisant. Pas de fièvre. L'appétit s'est déclaré tout de suite. Très peu de coliques utérines.

Les injections et les tampons sont renouvelés tous les deux jours. Le 28 janvier, trois semaines après l'opération, le tampon retiré est imprégné d'une sérosité sanguine. A partir de ce jour, apparition des règles.

Quelques jours après, l'état local était trouvé parfait. L'état général est satisfaisant.

OBS. IV. — MOUCHET (de Sens). *Bull. de l'Académie de Méd.*, 20 décembre 1892.

Femme arrivée au troisième mois d'une huitième grossesse.

Les sept premières grossesses ont été accompagnées pendant les premiers mois de vomissements abondants et répétés ; mais ces vomissements n'ont jamais déterminé de troubles assez sérieux pour compromettre la santé ; toutes les grossesses se sont terminées par la naissance d'enfants vivants, sauf la dernière où l'enfant était mort depuis deux jours (circulaire autour du cou ?).

Dernières règles, fin juin 1892. Dès le 23 juillet, les vomissements commencent, et, en trois semaines, prennent franchement le caractère de vomissements incoercibles résistant à tout traitement.

Étant donné l'état de faiblesse utérine de la malade, pour gagner du temps et pour éviter toute hémorrhagie vicieuse, avortement extemporané à l'aide du curettage utérin.

Le col ayant été dilaté par une tige de laminaire, on introduit un hystéromètre pour rompre les membranes ; le liquide amniotique une fois écoulé, à l'aide d'une forte curette mousse on débarrassa l'utérus de l'œuf et de sa muqueuse. Injection utérine. Écouvillonnage au moyen d'un tampon d'ouate imbibé de naphtol camphré. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Au cours de l'opération, pratiquée sous chloroforme, très léger

écoulement sanguin, mais plusieurs syncopes, combattues à l'aide d'injections d'éther et de caféine.

Pendant sept jours, amélioration de l'état général.

Les vomissements s'espacent notablement et la malade peut être alimentée.

Le septième jour, fièvre qui cède à une injection intra-utérine, à la suite de laquelle sortent des débris placentaires. La guérison, un moment compromise par la réapparition des vomissements, semblait établie, quand à nouveau l'état général devint mauvais; à ce moment apparaît au côté gauche de la tête, autour d'une plaque d'ecthyma écorchée par la malade, une plaque érysipélateuse, qui s'étend depuis l'oreille jusqu'à la région frontale droite et qui se complique de suppuration à ce niveau. Des incisions multiples et un pansement antiseptique avec drainage vinrent à bout de cette complication; et quelques jours après, la malade était hors de danger.

OBS. V. — ROLAND (de Roanne). *N. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, 1892, p. 273.

Mme B..., 38 ans.

Deux fausses couches antérieures de deux mois et demi. Pas d'antécédents pathologiques.

En mai 1893, au troisième mois d'une nouvelle grossesse, vomissements incessants ne permettant de garder ni médicaments, ni même une cuillerée d'eau bouillie. Amaigrissement considérable; haleine fétide, peau terreuse.

L'avortement provoqué, d'abord refusé, est accepté par la malade et l'entourage, et pratiqué le 15 mai, vingt jours environ après le début des accidents.

Après désinfection du vagin et anesthésie légère au chloroforme, on applique le dilatateur de Sims, qui, en moins de dix minutes, donne une dilatation suffisante pour permettre l'introduction de l'index. L'utérus étant fixé et abaissé, on attaque l'œuf avec une large pince à pansement. Un peu de liquide s'écoule, en même temps que la pince ramène des débris fœtaux. Avec la curette fenêtrée de Sims, on pratique alors un curage soigneux et complet, comme pour une endométrite. Lavage et écouvillonnage à la glycérine créosotée; tamponnement à la gaze iodoformée. — L'opération a duré en tout vingt-trois minutes.

Le quatrième jour, le tampon utérin est enlevé, et l'on fait trois fois par jour des lavages vaginaux légèrement sublimés.

Dès le lendemain de l'intervention, les vomissements avaient totalement disparu ; la malade s'alimentait petit à petit et, au bout d'un mois, elle était sur pieds.

Obs. VI. — Blanc. *Archives de Tocologie*, juin 1893.

Mme D..., 28 ans, IIIpare.

La première grossesse n'a rien présenté de particulier. Au cours de la deuxième, vomissements incoercibles de gravité moyenne, terminés par un avortement spontané au quatrième mois.

Au troisième mois de la grossesse actuelle, les vomissements simples au début prennent brusquement le caractère des vomissements incoercibles. Lorsque la malade est vue pour la première fois le 14 décembre 1891, elle est arrivée à la période fébrile: fièvre continue, peau chaude et sèche vomissements incessants; langue sèche, haleine fétide; amaigrissement extrême ; défaillances.

Devant l'insuccès du traitement médical, et l'aggravation du mal, l'avortement proposé tout d'abord et repoussé par la famille est enfin accepté. La malade n'a même pas la force de vomir ; il y a du délire.

Le 16, introduction dans l'utérus d'une première tige de laminaire,remplacée le soir par une tige plus volumineuse. Le lendemain, on tasse dans l'utérus une lanière de gaze iodoformée qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures. Les contractions ne se produisent pas. Même insuccès avec la perforation de l'œuf.

C'est alors, après trois jours d'inutiles tentatives, que le curettage est pratiqué: l'embryon, le placenta et la caduque sont ramenés au bout de la curette. Irrigation au sublimé, et tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée. La malade a été légèrement endormie par quelques inhalations d'éther.

Le lendemain, amélioration considérable : plus de vomissements ; alimentation possible.

Quinze jours après l'intervention, la malade se lève complètement rétablie.

Obs. VII. — Guinsbourgue. *Archives de Tocologie*, mars 1894.

En 1890, je fus appelé en consultation auprès d'une personne

de 30 ans, multipare, tuberculeuse depuis 10 ans environ, chez laquelle le premier accouchement avait été terminé par le forceps, à cause d'éclampsie. Après l'accouchement, la fièvre et l'éclampsie cessèrent. La tuberculose se renouvela à la deuxième grossesse et cessa de nouveau après l'accouchement spontané.

Dans le courant du troisième mois de la troisième grossesse, la tuberculose reparut à l'état latent avec fièvre de 38°-38°2,; la malade allait chaque jour en s'affaiblissant. Les docteurs Rindousky et Rheinhardt furent d'accord avec moi pour faire cesser la grossesse, afin d'amener une amélioration de la tuberculose.

Le curettage fut fait de suite après la consultation. La malade se rétablit.

Rœther, de Hambourg, a, comme nous l'avons vu plus haut, effectué trois fois l'avortement artificiel à l'aide du curettage, et ce, sans qu'il soit survenu la moindre complication.

M. Charpentier, dans son rapport à l'Académie de médecine (1) sur l'observation du Dr Mouchet, écrit : « J'ai pratiqué cinq ou six fois le curettage utérin pour amener l'avortement chez des malades dont la vie était compromise par des vomissements incoercibles, des hémorrhagies... Toujours j'ai obtenu la guérison d'emblée, pour ainsi dire, et sans accidents ultérieurs. »

M. le professeur Gaulard (de Lille) a, lors de ma communication à la *Société obstétricale de France*, déclaré avoir déjà usé de la curette pour amener l'évacuation de l'utérus dans les trois premiers mois de la grossesse, et n'avoir pas eu d'insuccès.

De tous les faits qui précèdent, on retire donc cette impression : que le curettage de l'utérus constitue un procédé d'avortement artificiel, susceptible de fournir d'excellents résultats, et pouvant être employé avec succès, quand il est pratiqué sous le couvert de l'antisepsie. Exception faite pour

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 20 novembre 1892.

le cas du Dr Mouchet (obs. IV), nous voyons que dans toutes les observations, les suites de l'intervention sont notées comme ayant été des plus simples.

Et encore, à l'égard de ce cas, doit-on faire remarquer que les accidents post-opératoires ne peuvent être directement rattachés au curettage. Le septième jour après l'intervention, alors que tout semblait annoncer une guérison prochaine, se déclare un grand frisson et la température s'élève ; de l'utérus s'écoule un liquide séro-purulent odorant ; l'injection intra-utérine ramène quelques débris placentaires. Puis, après une courte amélioration, les phénomènes généraux apparaissent, en même temps que se développe autour d'une pustule d'ecthyma écorchée par la malade, une plaque érysipélateuse qui en quelques jours s'étend depuis l'oreille jusqu'à la région frontale droite et se complique de suppuration à ce niveau. — Ce sont là tous phénomènes d'infection dont on ne peut rendre responsable le curettage. A une évacuation incomplète, laissant séjourner dans l'utérus des débris placentaires susceptibles de s'altérer, à une négligence dans les précautions antiseptiques, soit au moment de l'opération, soit dans les jours qui ont suivi, ils doivent être plus justement rapportés. Dans ces conditions, il n'est pas de méthode d'avortement qui mette à l'abri de semblables accidents. Ne les voit-on pas se produire même dans les cas d'avortement spontané, lorsque la pénétration des germes septiques dans la cavité utérine est imparfaitement empêchée ?

Comme toute intervention, petite ou grande, le curettage de l'utérus gravide demande donc à être pratiqué avec toutes les précautions de l'antisepsie la plus rigoureuse. Mais de ce qu'une inexacte observation de cette règle peut donner lieu à des mécomptes, il ne s'ensuit pas qu'il faille repousser cette méthode d'avortement artificiel, lorsque se rencontreront les indications auxquelles elle répond.

A l'innocuité que nous venons de lui reconnaître, le curettage de l'utérus joint une qualité importante, qui manque justement aux autres méthodes d'avortement : la

rapidité d'action. C'est de cette dernière que découlent les principales indications des curettages.

Son action expéditive et sûre lui donne, en effet, une supériorité incontestable sur les méthodes classiques de provocation de l'avortement, presque toujours lentes, et parfois même infidèles. Ainsi que le fait fort bien remarquer le Dr Blanc (1) dans les commentaires qui accompagnent son observation, on ne provoque pas comme on veut et aussi rapidement qu'on le désire un avortement. La mise en jeu de la contractilité utérine n'est pas toujours facile à obtenir : dans certaines circonstances, l'utérus se montre particulièrement rebelle à toute excitation : tel est le cas pour les vomissements incoercibles, sans qu'il soit possible de donner de ce fait une explication convenable.

En pareille occurrence, toutes les fois que, en raison d'un danger menaçant, il y aura urgence à interrompre le cours de la grossesse, le curettage de l'utérus doit devenir la méthode de choix.

Dans les observations de Mouchet (obs. IV) et de Roland (obs. V) les malades en proie à des vomissements incoercibles étaient dans un état si grave, qu'il fallait redouter la moindre temporisation. — C'est en désespoir de cause et après l'emploi infructueux de la laminaire, de la ponction de l'œuf et du tamponnement à la gaze iodoformée que Blanc (obs. VI), en présence d'une situation presque désespérée, puisque la malade était arrivée à la troisième période, se sert de la curette pour débarrasser l'utérus de son contenu.

Le curettage de la matrice gravide peut remplir d'autres indications. M. Doléris, en y recourant d'emblée chez sa malade qu'une affection cardiaque avait rendue véritablement cachectique, non seulement recherchait la terminaison à bref délai d'un état menaçant de compromettre immédiatement la vie; mais encore il voulait réduire au minimum l'hémorrhagie, ici plus particulièrement redoutable. — Cette

---

(1) *Archives de tocologie,* juin 1893, p. 424.

épargne du sang, mieux qu'aucune des autres méthodes d'avortement artificiel, le curettage est susceptible de la réaliser. Avec le curettage, en effet, quelques minutes suffisent pour évacuer l'utérus, et l'évacuer complètement. On n'a donc plus à craindre ces pertes sanguines souvent abondantes, parfois dangereuses, qui accompagnent le décollement plus ou moins lent de l'œuf, quelle que soit la cause de la mise en jeu de la contractilité utérine : qu'il s'agisse d'un avortement spontané ou d'un avortement provoqué à l'aide d'une des méthodes communément employées ; plus à craindre aussi ces rétentions complètes ou partielles du délivre, sources nouvelles d'hémorrhagie. Le curettage n'en constitue-t-il pas le meilleur mode de traitement?

Il est, enfin, un dernier avantage à l'actif de ce procédé d'évacuation de l'utérus gravide, qui, en certaines circonstances, fournira indication à son emploi. Avec les méthodes classiques l'avortement demande pour s'effectuer un temps plus ou moins long, ce qui rend toujours la surveillance délicate, et partant, augmente les chances d'infection. Celles-ci ne sont-elles pas en rapport avec la durée de l'intervention? A cet égard la rapide évacuation de l'utérus par la curette donne beaucoup plus de sûreté. Tout est terminé avec l'acte opératoire : lorsque l'utérus a été antiseptiquement vidé et pansé, le chirurgien peut abandonner sa malade sans crainte de voir survenir des accidents qui nécessitent un appel pressant à son aide, sans crainte de voir se produire en dehors de lui l'infection toujours menaçante. Aussi le curettage devient-il, comme le déclare le docteur Roland (1), « une précieuse ressource pour les praticiens qui exerçant à la campagne ont intérêt à ne pas confier à des mains généralement ignorantes de l'antisepsie, la surveillance d'un avortement provoqué ». J'ai exposé en relatant le cas qui m'est personnel, les raisons qui m'avaient fait opter pour le curettage : sans doute la nécessité d'une solution rapide me four-

(1) *Nouvelles Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1893, p. 274.

nissait la principale indication; les conditions mêmes dans lesquelles nous opérions, l'éloignement de tout secours médical en rendaient l'emploi tout aussi légitime.

Opération bénigne, à s'en rapporter aux observations publiées jusqu'ici, le curettage de l'utérus gravide a donc des indications bien précises. Il mérite de prendre part à côté des autres méthodes d'avortement artificiel, sans chercher à se substituer à elles.

Au reste, il est des cas où son emploi n'est plus de mise: l'âge de grossesse fournit, en effet, une contre-indication importante, que nous devons examiner ici.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Doléris à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, Loviot (1) déclare que le curettage n'est applicable qu'à deux mois de grossesse. — Fritsch (2) écrit dans son livre, au chapitre consacré à l'avortement artificiel : « Des fœtus de 3 mois et même des fœtus encore plus volumineux peuvent être extraits au moyen d'une pince à polypes ou de la curette. » — Pour ma part, je crois qu'en dehors des trois premiers mois, par suite du développement de l'œuf, le procédé ne doit plus convenir. Nous voyons d'ailleurs par l'analyse des observations que tous les opérateurs se sont tenus dans les limites qui viennent d'être assignées à l'application du curettage : c'est ainsi qu'il s'agissait de grossesses arrivées au deuxième mois dans les cas de M. Duncan ou Doléris et de Puech, au troisième mois dans ceux de Mouchet, de Roland, de Blanc, de Guinsbourgue.

Ces données concernant les indications du curettage comme méthode d'avortement artificiel nous rendent très bien compte de la fréquence relative de son emploi dans les cas de vomissements incoercibles : sur sept observations consignées en ce mémoire, nous en trouvons quatre s'y rapportant. Les vomissements incoercibles, en effet, s'observent

(1) *Annales de gynécologie*, 1892, t. 37, p. 212.

(2) FRITSCH. *Loc. cit.*, p. 319.

surtout dans les trois premiers mois de la grossesse ; ils mettent la femme dans un tel état d'anémie et de faiblesse que toute perte sanguine se surajoutant constitue une aggravation redoutable ; enfin lorsqu'avec eux l'avortement artificiel est indiqué, celui-ci s'impose souvent avec un véritable caractère d'urgence. Avant d'intervenir l'accoucheur s'est attardé à user des ressources de la thérapeutique ; quand sa décision est prise, il faut encore vaincre les hésitations et les résistances des malades et de leur entourage ; et pendant ces temporisations nécessaires pour entraîner les convictions le mal a fait des progrès si rapides, que toute méthode ne permettant pas une économie de temps devient dangereuse. Économie de temps et épargne du sang ; ce sont là justement les qualités fondamentales que nous avons reconnues à l'avortement brusqué par le curettage.

Le manuel opératoire est des plus simples : il ne peut y avoir de difficultés pour qui est familier avec les manœuvres courantes de la gynécologie. Aussi me contenterai-je simplement d'examiner ici quelques points de technique.

Bien que, par suite des modifications subies par le col du fait de la grossesse, la pénétration dans l'utérus soit plus facile en dehors de l'état de gravidité, il me semble préférable toutefois de recourir à la dilatation : le jeu des instruments évacuateurs est plus aisé ; l'évidement de l'utérus pourra s'effectuer d'une façon plus complète. En laissant de côté l'observation de Guinsbourgue (obs. VII) qui manque de détails concernant la technique suivie, nous voyons que tous les opérateurs se sont conformés à cette pratique. Le désaccord n'existe que sur le mode de dilatation ; les uns, comme Doléris, Mouchet, Blanc, ayant eu recours à la dilatation lente à l'aide de tiges de laminaire, les autres ayant donné la préférence à la dilatation extemporanée.

D'une manière générale, cette dernière devra être préférée.

Le curettage de l'utérus gravide, avons-nous dit, a pour qualité essentielle la rapidité d'action ; aussi trouve-t-il sa principale indication dans les cas où l'évacuation de la matrice gravide s'impose avec urgence, dans les cas où toute

perte de temps peut être nuisible. En recourant à la dilatation lente, on se prive justement d'un des grands avantages de ce procédé artificiel. Pratiquée avec des bougies d'Hégar (W. Duncan) ou avec les instruments dilatateurs habituels, la dilatation rapide s'opère, d'ailleurs facilement et sans danger : au bout de dix minutes d'application du dilatateur de Sims, Roland (obs. V) pouvait faire pénétrer l'index dans la cavité utérine ; après l'introduction du levier-dilatateur de Reverdin, j'avais obtenu un agrandissement suffisant du canal cervical, pour laisser toute liberté à la manœuvre des instruments évacuateurs. — Seul l'espoir d'obtenir la disparition des accidents par la simple dilatation du col pourrait faire adopter la dilatation lente dans certains cas de vomissements incoercibles, lorsqu'encore l'intervention ne s'impose pas avec une urgence absolue. A vrai dire, dans ces cas, la dilatation constitue par elle-même un mode de traitement, auquel, en cas d'échec, se substitue alors le curettage.

Comme toute intervention, le curettage de l'utérus gravide est rendu plus facile par l'anesthésie. Aussi Rœther en recommande-t-il l'emploi. Néanmoins, en raison des conditions dans lesquelles on opère, force sera, dans le plus grand nombre de cas, de se priver du secours du chloroforme ou de l'éther : les états graves qui nécessitent l'interruption de la grossesse, constituant, pour la plupart, des contre-indications à leur emploi. L'anesthésie, d'ailleurs, n'est pas indispensable, et, sans elle, l'opération peut être menée à bien.

Doléris et Mouchet s'en sont résolument abstenus. Roland n'a fait donner « qu'un peu » de chloroforme. Le léger sommeil obtenu par quelques inhalations dans le cas de Blanc et dans le nôtre a parfaitement suffi. — Aussi pensons-nous avec Vinay, que, pour si peu que l'état des malades le réclame, il vaut mieux ne point user de l'anesthésie. En tout cas, si l'on croit devoir y recourir, la narcose ne devra jamais être poussée bien loin : on devra se contenter de l'état d'engourdissement semi-anesthésique déterminé par l'inhalation de quelques bouffées de chloroforme ou d'éther.

L'extraction de l'œuf a été pratiquée par presque tous les opérateurs à l'aide de la curette. Seuls, W. Duncan et Rœther se servent du doigt pour évacuer l'utérus et ne recourent à l'instrument que s'il reste quelques débris placentaires à enlever ou pour abraser la muqueuse.

Le choix de la curette n'est point indifférent. Faut-il se servir d'une curette mousse ? Vaut-il mieux employer la curette tranchante ? Vinay (1), qui a donné le manuel opératoire de curettage pratiqué comme méthode d'avortement, recommande l'instrument tranchant. De son côté, M. Charpentier (2) se prononce d'une façon très catégorique en sa faveur ; pour lui, les résultats excellents qu'il a obtenus dans les cinq ou six cas où il a eu recours au curettage pour amener l'avortement, sont dus à l'emploi de la curette tranchante.

Quatre de nos observations sont muettes sur ce point. Dans les trois autres cas, deux fois les opérateurs (Roland, Puech) se sont servis de la curette tranchante. Seul, Mouchet a pratiqué l'extraction de l'œuf avec la curette mousse.

Et vraiment ce fait unique ne plaide guère en faveur de l'instrument employé : des accidents infectieux survinrent, qui doivent être rattachés à un curettage incomplet, laissant séjourner dans la cavité utérine des débris placentaires, envahis quelques jours plus tard par la putréfaction. Dans le rapport qu'il a présenté à *l'Académie de médecine* sur cette observation. M. Charpentier n'hésite pas à faire remonter à l'emploi de la curette mousse l'origine de ces complications : « Le curage fait avec une curette mousse, suivi d'un écouvillonnage à écouvillon mou est, je l'ai dit vingt fois pour une et je le répète encore ici, un curettage illusoire ; et la preuve en est dans l'observation même de M. Mouchet. S'il s'était servi comme on doit le faire, de la curette tranchante d'abord, de la curette Volkmann ensuite,

(1) *Traité des maladies de la grossesse*, p. 221.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 20 décembre 1892.

puis, son injection faite, s'il avait employé un gros écouvillon dur passé dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'il n'ait plus ramené de débris, s'il avait fait suivre ce dernier écouvillonnage d'une dernière injection intra-utérine, il eût ramené tout ce que contenait l'utérus et n'aurait pas eu d'accidents secondaires comme sa malade en a présenté. Sa malade était enceinte de deux mois et demi environ. A cet âge de la grossesse, l'œuf est déjà solidement greffé sur la muqueuse utérine, l'union entre celle-ci et les villosités choriales est déjà très intime, et si l'on n'emploie que la curette mousse, on a de grandes chances de ne pas obtenir un résultat complet. »

C'est qu'en effet, le curettage de l'utérus doit être pratiqué à fond, non seulement si l'on veut réaliser une évacuation complète de l'utérus, mais même si l'on veut atteindre le but cherché, c'est-à-dire l'interruption de la grossesse. L'observation de M. Dagot (de Rennes) dont M. Picqué s'est fait le rapporteur à la *Société de chirurgie* (1), est des plus instructives à cet égard : au troisième mois d'une grossesse, devant la persistance des vomissements, M. Dagot se décide à pratiquer l'avortement artificiel. Une tentative de perforation de l'œuf avec un hystéromètre est suivie d'insuccès, l'instrument ayant, sans doute, cheminé entre l'œuf et la paroi de l'utérus. Les vomissements ne cessant pas, on fait un curettage après dilatatation, curettage qui fut très probablement incomplet, puisque la grossesse, qui datait de trois mois, s'est terminée par un accouchement normal dans les délais voulus.

Les connexions qui existent entre l'œuf et l'utérus opposent donc une certaine résistance à l'action des instruments évacuateurs. Pour les rompre, pour arriver à un résultat complet, la curette tranchante donne plus de garanties que la curette mousse. Ici encore, comme dans les cas de curettage pratiqués sur un utérus non gravide, je crois que la curette tranchante doit être l'instrument de choix. Maniée

(1) *Société de chirurgie de Paris*, 10 mai 1893.

avec toutes les précautions que demande l'état de moindre résistance et de moindre consistance de l'utérus puerpéral, elle n'expose pas plus que la curette mousse au danger de la perforation.

III

CONCLUSIONS. — 1° A côté des méthodes classiques d'avortement artificiel doit prendre place le curettage de l'utérus gravide.

2° Pratiqué dans les trois premiers mois de la grossesse, il constitue un procédé d'évacuation de l'utérus, efficace et sans dangers, ainsi qu'en témoignent les observations rapportées dans ce travail.

3° Sa qualité principale est la rapidité d'action : de là son indication dans les cas où il faut agir vite, en raison d'un danger menaçant.

4° Mieux qu'aucun des procédés d'avortement mis habituellement en usage, il permet de réaliser l'épargne du sang, d'où encore l'indication de son emploi chez les malades affaiblies par un état grave, et chez lesquelles, par conséquent, toute hémorrhagie est à redouter.

5° Dans les cas de vomissements incoercibles, en particulier, où souvent se rencontre cette double indication, le curettage est appelé à rendre de réels services (1).

DE L'ECTOPIE PELVIENNE CONGÉNITALE DU REIN EN GYNÉCOLOGIE ET EN OBSTÉTRIQUE

Par le Dr **Goullioud** (de Lyon).

L'ectopie congénitale du rein est, dans les classiques, considérée comme une malformation qui ne présente qu'un

(1) Peu après la rédaction de cet article, la connaissance de plusieurs observations intéressantes m'avait inspiré l'idée de développer ce travail. M. Chapuis, interne des hôpitaux de Lyon, devant faire de ce sujet sa thèse inaugurale, je renvoie le lecteur à cette thèse. (Th. de Lyon, 1895.)

intérêt de curiosité ; c'est presque toujours, dit-on, sur le cadavre qu'on l'a reconnue. Le rein mobile, autrement important à diagnostiquer, absorbe à bon droit toute l'attention. Dans quelques cas rares cependant, l'ectopie pelvienne congénitale occasionne des accidents qui méritent d'être connus, et intéressent particulièrement les gynécologues et les accoucheurs.

J'ai eu l'occasion peut-être unique de rencontrer, au cours d'une laparotomie, un rein en ectopie pelvienne congénitale, de réformer à temps mon diagnostic, pour laisser son rein à ma malade et éviter ainsi de la priver d'un organe aussi important. Ce rein avait à tort été pris pour une salpingite parenchymateuse, et l'identité des signes objectifs fournis par le palper bimanuel était telle que je ne vois pas comment une semblable erreur pourrait être évitée. L'occasion d'ailleurs ne saurait en être assez fréquente pour qu'il n'y ait guère plus qu'un intérêt de curiosité à joindre un nouvel article au chapitre déjà si long des affections pouvant simuler une salpingo-ovarite.

Il s'agissait d'une femme de 35 ans, domestique, habitant le Jura, et que je voyais pour la seconde fois. Elle se plaignait de douleurs abdominales qui la gênaient dans son travail, et qui n'avaient pas été sensiblement modifiées par le traitement médical que j'avais prescrit un an auparavant. A ces douleurs se joignait une exagération des règles. Une fois la malade avait eu une hématurie. Les conditions indiquées ci-dessus, l'impossibilité de travailler, l'éloignement de la malade, l'insuffisance des traitements médicaux suivis, me firent proposer une intervention qui fut acceptée sans hésitation.

J'avais d'ailleurs constaté par le toucher vaginal, et le palper bimanuel, dans la région des annexes utérines gauches, une tuméfaction d'une dureté et d'un volume tels que je n'avais pas à espérer une résolution spontanée. Comme je l'ai dit, c'était absolument le toucher d'une salpingite interstitielle, volumineuse. A gauche et en arrière

du col utérin, séparée de lui par un sillon bien net, on constatait une tumeur dure, piriforme, immobile, qui pointait dans le cul-de-sac gauche et dont les limites postérieures se perdaient dans la direction de l'excavation sacrée. La femme était grasse, et le palper bimanuel était un peu douloureux.

Ce n'était d'ailleurs ni la sensibilité exquise d'un abcès pelvien, ni la sensation d'une collection enkystée. Je n'eus donc aucune hésitation sur la voie à suivre : ce cas n'était pas justiciable de la méthode de débridement vaginal de M. Laroyenne ; c'était à la laparotomie qu'il était indiqué de s'adresser.

Après incision de l'abdomen, je cherchai d'abord les annexes du côté droit, réservant pour la fin de mon intervention la lésion supposée principale. A droite, quelques adhérences du pavillon m'indiquant une lésion inflammatoire certaine de ce côté, me décidèrent à enlever la trompe de l'ovaire. Allant ensuite à la recherche des annexes gauches, je fus fort surpris de ne pas les rencontrer. Quelle était donc la tumeur constatée avant l'opération? L'intestin retiré hors du bassin, il fut facile de constater qu'elle était développée dans le tissu cellulaire pelvien, et parmi les hypothèses permises celle d'un kyste dermoïde ou d'une adénite pelvienne de Terrier me parurent les plus vraisemblables.

Le péritoine pelvien incisé, je commençais à décoller la tumeur incluse quand je m'arrêtai, ayant éprouvé très nettement la *sensation que donne le décollement du rein* au cours d'une autopsie. C'était la même résistance des tissus, le même bord accentué, la même facilité du décollement. Un examen attentif me confirmait dans ma première impression et le décollement partiel du rein n'ayant pu en rien compromettre sa vitalité, je le laissai et suturai le péritoine pelvien incisé.

Quant aux annexes gauches, je désespérai un moment de les trouver : car l'ectopie du rein s'accompagnait d'une malformation considérable de la trompe, ce qui prouvait son origine congénitale. La corne gauche de l'utérus était arron-

die, comme si la trompe avait été antérieurement supprimée, et ce fut seulement en découvrant l'ovaire gauche atrophié sur la marge du détroit supérieur que je pus reconnaître le trajet de la trompe, qui rencontrant le rein dans le bassin, avait dû s'accoler à la branche horizontale du pubis pour venir se joindre au ligament rond. La trompe était atrophiée et était sous-péritonéale, ne faisant qu'une saillie insignifiante, d'où la difficulté de la retrouver. Le pavillon et l'ovaire gauches ne présentant pas de lésions inflammatoires furent respectés et laissés en place.

La malade eut un bénéfice relatif de cette opération : ses pertes furent très diminuées du fait de la ligature de l'artère utéro-ovarienne droite et de la suppression de son principal ovaire, l'autre étant atrophié. Les règles redevinrent normales. Quant à ses douleurs, elles furent atténuées, peut-être en partie par un repos complet de quelques semaines, mais non complètement supprimées.

L'exposé de ce fait appelle quelques courtes considérations concernant la coïncidence, avec l'ectopie pelvienne, d'une affection probable des reins et d'une malformation génitale ; la difficulté du diagnostic et enfin la possibilité d'accidents dystociques.

On sait que l'ectopie congénitale du rein se distingue de l'ectopie accidentelle par la fixité du rein déplacé et par la disposition différente de l'uretère et des vaisseaux du rein. On devra y joindre la coïncidence d'autres malformations pelviennes. Tandis que le rein mobile est plus fréquent à droite, c'est presque toujours à gauche que se rencontre l'ectopie congénitale. Il est très rare qu'elle soit bilatérale, à moins que les reins fusionnés se présentent sous forme de rein en fer à cheval ou en *gâteau* avec issue des vaisseaux à la périphérie (Kundrat). Dans l'ectopie du rein gauche, le rein droit est généralement à sa place normale. Les capsules surrénales droite et gauche ont leur situation habituelle.

Dans l'ectopie congénitale l'uretère est court et part d'un bassinet souvent antérieurement placé par rapport au rein.

On sait que le rein définitif qui n'a pas de rapport embryogénique immédiat avec le corps de Wolff, se développe à l'extrémité du conduit rénal primitif qui part du conduit du corps de Wolff, près de son abouchement dans la partie vésicale de l'ouraque. Suivant la longueur de ce conduit rénal primitif, le rein peut se développer à différents niveaux, dans le pelvis entre la vessie et le rectum, au-devant des symphyses sacro-iliaques, etc. (Kundrat). Plus l'arrêt de développement s'est produit tôt, plus le rein est loin de son siège normal; plus il est déformé et se rapproche du tissu embryonnaire, et plus son ectopie risque de se compliquer d'autres malformations. Au lieu d'être irrigué par une artère émanant de l'aorte à son niveau habituel, artère qui s'est lentement allongée dans l'ectopie accidentelle, le rein congénitalement déplacé reçoit en général une ou plusieurs artères des troncs artériels voisins, artères partant de l'aorte au niveau de sa bifurcation, ou bien de l'iliaque primitive ou encore de l'hypogastrique ou de la sacrée moyenne. L'étude de ces anomalies est déjà très complète dans Rayer (1) et on trouve spécialement dans les *Bulletins de la Société anatomique* plusieurs observations à ce point de vue plus complètes que la nôtre; on peut étudier à loisir ces détails sur le cadavre; j'ai eu garde de m'en occuper au cours de ma laparotomie.

Les veines suivent en général les artères ; cependant il n'est pas rare de voir une veine remonter le long de la veine cave et venir s'aboucher dans la veine rénale du côté opposé, ou encore dans la veine de la capsule surrénale correspondante (planche de l'atlas de Rayer, reproduite dans l'article *Rein* de Labadie-Lagrave, dans le dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques).

Ces anomalies artérielles et veineuses s'étendent souvent au rein non déplacé.

Peut-être ces anomalies diverses jouent-elles un rôle dans *l'affection rénale* dont semble atteint le sujet de notre

(1) Rayer. *Traité des maladies des reins*, p. 773.

observation. Elle souffre en effet, et plus à droite qu'à gauche, de douleurs qui paraissent avoir le rein comme point de départ.

Si l'ectopie congénitale peut ne s'accompagner d'aucun phénomène subjectif anormal, il n'y a pas à s'étonner qu'il en soit souvent autrement. Kundrat a bien montré, dans une importante étude sur les anomalies rénales, que toutes peuvent déterminer des accidents, tels que l'hydronéphrose fixe ou intermittente, qu'il s'agisse d'ectopie de l'organe, d'implantation oblique de l'uretère ou même simplement de situation anormale des artères rénales, pouvant gêner le cours de l'urine à l'origine de l'uretère.

Nové-Josserand (1) a publié un cas de rein congénitalement déplacé, observé longtemps par le professeur Poncet, qui était resté douloureux pendant sept ans, malgré l'absence de graviers et l'absence d'hydronéphrose intermittente. Ces reins en ectopie subissent peut-être aussi des glissements secondaires, d'où l'apparition tardive de douleur à leur niveau.

Rayer a étudié brièvement leur pathologie, et cite, entre autres cas, celui de Drouin, concernant une jeune fille de 17 ans, qui présenta à l'autopsie un rein pesant une livre et demie et renfermant huit pierres volumineuses dans son intérieur.

Potherat (2), dans un cas d'ectopie congénitale des deux reins, a trouvé le rein droit en grande partie détruit par une dégénérescence kystique, sans altération macroscopique de l'uretère.

Les *malformations des organes génitaux* en rapport avec l'ectopie congénitale, ont été à peine signalées. L'utérus était en latéro-position droite très accentuée ; l'angle gauche du fond de l'utérus était arrondi et ne se continuait avec aucune trompe apparente. L'ovaire et la trompe étaient au

(1) NOVÉ-JOSSERAND. *Lyon méd.*, 28 février 1892.

(2) POTHERAT. Société anatomique, 11 janvier 1889.

contraire portés très en dehors à gauche, sur la marge du bassin, comme séparés de l'utérus par l'interposition du rein. Ils étaient très peu développés. Au pavillon tubaire faisait suite une trompe mince, effilée, très allongée, qui semblait suivre la branche innominée, puis la branche horizontale du pubis pour venir s'accoler au ligament rond. La dernière partie de son trajet, sous-péritonéale, ne put être suivie jusqu'à l'utérus.

Cette disposition rappelle beaucoup celle que Schrœder a donnée d'un utérus unicorne, disposition reproduite par Pozzi. Mais il m'est impossible de dire si la trompe se continuait par un trajet anormal jusqu'à l'utérus ou s'il lui était rattaché seulement par un faisceau de tissu fibreux comme dans le cas de Schrœder. Il est manifeste que la présence du rein dans le bassin a troublé l'évolution du canal de Müller du côté gauche.

Chez l'homme une malformation analogue est relatée dans l'observation de Pacoud : « Tous les soins et toutes les précautions que l'auteur a employés pour découvrir la vésicule séminale du côté gauche ont été inutiles ; elle manquait, aussi bien que le canal déférent du même côté. Seulement à la place de celui-ci se trouvait un ligament long environ d'un pouce, et qui partant de l'épididyme allait se perdre dans le tissu cellulaire qui environne le cordon des vaisseaux spermatiques.

En outre des malformations génitales, l'ectopie pelvienne du rein peut troubler le développement de tous les organes du bassin, vaisseaux, uretère, vessie, rectum.

Le *diagnostic* d'une semblable et aussi complexe anomalie me semble bien difficile, et quand j'examinai de nouveau ma malade guérie de sa laparotomie, je ne pus découvrir aucun signe permettant de différencier d'une salpingite interstitielle volumineuse, cette extrémité du rein, pointant dans le vagin, en arrière près du col. Le rein mobile, quand il était peu connu, a pu donner lieu à de nombreuses méprises, mais il ne saurait en être de même aujourd'hui ; sa mobilité

surtout permet de le reconnaître. Mais un rein en ectopie est fixe, souvent déformé, et il est bien plus éloigné de son siège normal. Quelques symptômes rénaux dans les anamnestiques étaient insuffisants, en face de la netteté des signes objectifs trompeurs fournis par le palper bimanuel.

Si nous n'avons pas fait notre diagnostic avant d'opérer, nous eûmes du moins le bonheur de le faire au cours de notre laparotomie et avant d'avoir compromis en rien les fonctions du rein. D'autres chirurgiens ont été moins heureux.

Munde (1), par exemple, qui crut aussi à une affection des annexes de l'utérus et ne reconnut le rein qu'après l'avoir décortiqué et amené déchiré à la plaie, dut terminer son opération par une néphrectomie.

Au point de vue obstétrical, notre observation montre que l'accouchement peut ne pas être modifié par la présence du rein dans le bassin : notre malade eut un accouchement à terme, spontané, qui ne fut pas particulièrement long. Mais il n'en a pas été toujours ainsi : dans nos recherches bibliographiques limitées, nous avons trouvé deux observations très intéressantes à ce point de vue.

L'une ancienne, de Hohl (2), concerne une femme qui eut deux accouchements un peu anormaux qui cependant se terminèrent spontanément après un moment d'arrêt. Pendant celui-ci, chaque contraction provoquait des douleurs vives dans le côté gauche du bassin et faisait proéminer sous la tête fœtale une tumeur qui disparaissait ensuite

L'autre observation, récente, appartient à Albert Schönberg (3). Une femme qui, deux fois, avait accouché spontanément à terme, présenta à son troisième accouchement, après des douleurs expultrices violentes, un arrêt du travail et du collapsus, par suite d'une déchirure utérine qui amena la mort.

---

(1) *New-York Med. J.*, 21 juillet 1888.

(2) HOHL. *Archiv. für Anatomie und Physiologie*, 1828, p. 187.

(3) ALBERT SCHÖNBERG. *Centralblatt für Gyn.*, 1894, n° 48, p. 1223.

Dans les deux cas, ce fut à l'autopsie seulement que l'ectopie pelvienne du rein fut reconnue.

L'auteur explique par une différence de position le fait de l'évolution normale des deux premiers accouchements, et de la terminaison funeste du troisième. Le rein avait deux centimètres d'épaisseur, et son extrémité supérieure se trouvait au niveau du détroit supérieur. Il pouvait donc diminuer d'autant le diamètre, la tête fœtale pouvait être arrêtée, tandis qu'elle avait pu, dans un accouchement, évoluer facilement dans l'autre diamètre oblique.

Il est probable que quand le rein est situé plus bas, dans l'excavation, il peut aussi être suffisamment refoulé dans les parties molles, spécialement au niveau de l'échancrure sciatique.

En résumé, un rein en ectopie pelvienne congénitale peut simuler, à s'y méprendre, une salpingite interstitielle.

S'il laisse le plus souvent l'accouchement évoluer normalement, il peut être une cause de dystocie et occasionner des accidents graves.

OBS. — *Rein en ectopie pelvienne congénitate pris pour une salpingite interstitielle. Malformation de la trompe.*

La femme B..., de Poligny, âgée de 35 ans, se présente à mon examen le 29 octobre 1892. A cette époque, je note le diagnostic probable de salpingo-ovarite, et je prescris le traitement médical ordinaire.

Le 1er décembre 1893, donc un an après, Mme B... revient, se plaignant plus vivement de souffrir du ventre et des reins, de faire péniblement son service de domestique, d'être obligée presque chaque jour de s'aliter un moment et de perdre ses forces.

Elle a eu une enfant, il y a treize ans, puis une fausse couche, il y a cinq ans. Son mari est mort d'une affection pulmonaire et elle craint d'être atteinte de la même affection.

Elle raconte que si elle souffrait un peu depuis sa fausse couche, c'est surtout depuis le mois de février que ses douleurs ont augmenté. A cette époque, elle semble avoir eu une colique

néphrétique : douleurs très vives dans le flanc droit, l'obligeant à s'aliter trois jours ; pissement de sang ; application de ventouses scarifiées sur le flanc droit. Il n'y a guère que deux ou trois mois qu'elle souffrirait aussi à gauche, mais moins vivement.

A mon examen, le rein droit n'est pas perceptible. Le cathétérisme vésical ne révèle pas de calcul. Urine claire, renfermant un léger nuage d'albumine (qu'on n'a pas retrouvé à d'autres examens). Règles très prolongées, abondantes et douloureuses.

Au palper bimanuel, à gauche, on sent, de suite, un peu adhérente à la paroi pelvienne, une masse à surface lisse, arrondie : c'est l'extrémité d'une tuméfaction du volume d'un œuf. A droite, on sent mal les annexes parce que l'utérus est entraîné et fixé de ce côté. Par le toucher rectal on atteint les annexes droites, adhérentes, douloureuses, au-dessus du ligament utéro-sacré. Diagnostic : affection des reins et salpingite double.

Laparatomie le 4 décembre 1893 : à la maison de santé des sœurs Sainte-Marthe. Je trouve l'utérus très incliné à droite. Brides filamenteuses au pavillon, indiquant une affection inflammatoire de la trompe ; ablation des annexes droites.

Je cherche les annexes gauches ; mais je trouve l'angle de l'utérus lisse et arrondi ; pas de trompe, ni d'ovaire. Je sens la tumeur indurée, perçue à gauche, tout à fait en dehors, contre la paroi pelvienne, éloignée de l'utérus. Les anses intestinales sorties dans une compresse aseptique, je constate que la tumeur est recouverte par le péritoine pelvien. Petit coup de ciseau sur le péritoine, discission digitale. Je reconnais le rein : sa consistance, sa facilité de décortication dans son atmosphère celluleuse, son bord excentrique, son hile. Il ne paraît pas d'un volume exagéré. Je crois sage de le laisser, et fais trois points de suture au catgut sur le péritoine déchiré qui le recouvre.

Je cherche de nouveau les annexes gauches et je crois un moment qu'elles n'existent pas ; puis je les découvre plaquées contre la paroi pelvienne en haut et en dehors, mais surtout plus haut situées que le rein. La trompe doit avoir avec le détroit supérieur les mêmes rapports qu'a normalement l'appendice iléo-cæcal ; ovaire d'aspect ratatiné ; pavillon tubaire libre. La trompe doit être très longue ; elle paraît absolument séparée de l'utérus. Il est probable qu'elle va à cet organe par un très long circuit, en suivant la paroi antérieure de l'excavation. Il n'y a pas de liga-

ment large gauche. Je laisse trompe et ovaire, puisqu'ils ne présentent pas trace de lésions inflammatoires.

Il s'agit manifestement d'une ectopie congénitate du rein, et d'une malformation secondaire de la trompe.

Suites immédiates absolument simples.

Un examen d'urine, fait par M. Baron, n'a révélé ni sucre, ni albumine, ni pigment biliaire. 23 grammes d'urée en vingt-quatre heures. Dépôt floconneux montrant quelques leucocytes, des cellules épithéliales ; et à un essai sur trois, quelques cylindres granuleux.

D'après des nouvelles reçues le 18 mars et le 27 octobre 1894, il y aurait une amélioration de quelques symptômes douloureux que la malade attribue à ses organes pelviens, matrice ou ovaire. Les règles, jadis très exagérées comme durée et abondance, sont devenues normales et tendent à s'espacer. Quant aux crises lombaires du côté droit, elles reparaissent de temps en temps, à peu près tous les mois ; elles durent un jour ou deux. Quelquefois une anurie passagère a été suivie d'une abondante diurèse. Régime lacté mitigé.

Dernières nouvelles reçues le 3 avril 1895 et dues à l'obligeance du Dr Légerot : l'état de la malade s'est peu modifié, cependant les crises douloureuses du côté droit n'ont pas reparu depuis trois mois. Ni albumine, ni dépôt, ce qui permettrait de croire que l'état du rein s'est amélioré.

État général satisfaisant.

D'après les renseignements fournis par la malade, son accouchement a été normal : « les grandes douleurs ont duré quatre ou cinq heures ». Pas d'intervention.

GRIPPE ET PUERPÉRALITÉ

Par le Dr **Queirel** (de **Marseille**).

Il m'a été donné d'observer, dans le premier trimestre de l'année 1895, une épidémie d'influenza parmi mes accouchées.

C'était bien la grippe avec son syndrome clinique que tout le monde connaît à présent ; mais qui, je dois le dire,

m'avait fortement préoccupé dans les conditions où elle se présentait. Dans les premiers cas, j'en étais à douter, si je n'avais pas affaire à quelque infection puerpérale, bien que du côté de l'utérus, du côté des annexes et du côté des seins, il n'y eût aucun symptôme qui pût faire croire que ces organes étaient atteints. Cependant ces températures élevées, survenant brusquement, le quatrième ou le cinquième jour après l'accouchement et durant plusieurs jours, avec des irrégularités inquiétantes, étaient bien faites pour nous donner quelque appréhension, jusqu'au moment où la localisation venait éclairer définitivement le diagnostic.

Le plus souvent nous avons eu la forme bronchique de l'influenza (30 fois sur 34 cas); une fois, nous avons observé la forme gastrique, une fois la forme herpétique, c'est-à-dire une poussée énorme d'herpes labialis après deux jours de température élevée, de malaise général et d'embarras gastrique. Une fois c'est une angine avec streptocoque que nous avons pu cultiver, qui s'est montrée; enfin une fois une phlébite double des membres inférieurs et une autre fois une sorte de grippe essentielle, si je puis m'exprimer ainsi, c'est-à-dire une grippe se manifestant par la seule élévation de température, 40° et 41°, pendant quatre jours.

Tous ces cas d'ailleurs se sont terminés heureusement et le seul décès que nous ayons eu à déplorer est celui d'un enfant qui, le quatrième jour, fut atteint d'érysipèle de la bouche et de la face. Sa mère n'avait rien au sein et n'a pas été malade, après avoir donné à téter à son enfant.

Les crachats des bronchitiques ont été examinés, dans 3 cas, au point de vue bactériologique. Nous n'y avons trouvé que des microcoques, mais ni streptocoque, ni pneumocoque, ni coli bacille, malgré les inoculations que nous avons faites.

Quant au bacille de Pfeifler, nous avouons que nous ne l'avons pas recherché dans des conditions suffisamment favorables pour affirmer qu'il n'existait pas.

Voici maintenant les particularités que nous avons rele-

vées, au point de vue obstétrical et les températures observées. Sur ces 34 cas, 11 femmes ont accouché avant terme : 2 à sept mois, 6 à huit mois, 3 à huit mois et demi. Sur ces 11 cas, 6 fois on a noté la rupture prématurée des membranes dans un effort de toux une fois deux jours, une fois cinq jours, avant le début du travail.

10 fois l'accouchement a été spontané.

1 fois, il a fallu faire la version par manœuvre interne.

La température est montée :

5 fois	au-dessous de	39°
1 —	au-dessus de	39°
2 —	à	39°
2 —	à	40°
1 —	à	41°

23 femmes ont accouché à terme, plusieurs sont entrées avec la dilatation complète, les membranes rompues ; mais 4 fois, on a pu observer la rupture de la poche des eaux dans un effort de toux, dont deux fois au début du travail, une fois deux jours et une autre fois cinq jours avant le commencement du travail.

20	fois	l'accouchement		a été spontané.
1	—	—		s'est fait par le forceps au détroit inférieur pour inertie.
1	—	—	—	par la version (présentation du tronc).
1	—	—	—	par la symphyséotomie (bassin rétréci).
23				

La température s'est élevée :

1 fois	au-dessous de	38°
2 —	à	38°
5 —	au-dessus de	38°
6 —	— —	— 39°
3 —	à	40°
4 —	au-dessus de	40°
1 —	à	41°,5.

. Malgré cela, aucun décès, quoique nous ayons eu deux broncho-pneumonies, plusieurs points de congestion, une pleuro-pneumonie et des phtisies réveillées par la bronchite de l'influenza.

Pour se rendre compte de la physionomie de cette épidémie, il faut jeter un coup d'œil sur les feuilles de température que vous avez entre les mains. Je dois dire que toutes ces observations ont été rédigées avec beaucoup de soin par M[lle] Mouren, maîtresse sage-femme, et par M[lle] Clapier, élève du service.

Je ferai remarquer la bénignité de cette infection grippale, à côté de la gravité si souvent mortelle de l'infection puerpérale vraie, et je me demande si ce n'est pas aux mesures sévères d'antisepsie que nous avons prises que nous devons cet heureux résultat. D'après le professeur Bouchard l'influenza met l'organisme dans un état d'infériorité au point de vue de sa défense contre les microbes, elle entrave la phagocytose ; il est donc plus urgent que jamais de détruire le streptocoque sur place et tous les organismes infectieux. Aussi n'avons-nous négligé ni les injections vaginales, ni les injections intra-utérines au début pour être bien sûr que l'utérus ne serait pas envahi par ces hôtes dangereux.

Au point de vue des accidents pulmonaires, je dois dire que la térébenthine, comme rubéfiant, à l'extérieur, et le carbonate d'ammoniaque à l'intérieur, nous ont donné de bons résultats. Dans le cas de toux persistante, la créosote nous paraît avoir réussi; enfin nous n'avons pas cru devoir non plus négliger l'antisepsie intestinale, après évacuation par des purgatifs salins.

Tel est le bilan de cette épidémie limitée dont je n'ai pu donner ici toutes les observations en détail ; on les trouvera au dos des feuilles de température que nous publions après ce rapport ; sur quelques-unes le poids des enfants est aussi marqué.

NOUVEAU PESSAIRE A RÉTROFLEXION

Par le Dr **M. Bourcart**
Privat-docent à l'Université de Genève.

Il semble au premier abord, qu'il soit superflu de venir ajouter un nouveau pessaire à la série innombrable déjà parue. Néanmoins cette quantité d'exemplaires différents tend à prouver que le summum des desiderata n'est pas encore obtenu, ou au moins que la forme de l'instrument doit être adaptée aux différences individuelles. Les diverses méthodes opératoires ne sont pas toujours exemptes de dangers et leurs indications diffèrent du reste généralement et sont subséquentes à l'emploi du massage, des pessaires, du curettage, etc.

Le *massage*, selon Thure-Brandt, malgré l'opinion de quelques-uns, rendra de véritables services au chirurgien qui aura la *patience* de l'appliquer lui-même (1); les résultats sont parfois brillants et rapides, d'autres fois plus pénibles et plus longs ; les *vibrations rapides* sont un auxiliaire utile (2); de même le *pessaire* que Brandt et plusieurs de ses élèves rejettent absolument, rend des services considérables pour le maintien dans sa bonne place de l'organe réduit par le massage, et facilitent la guérison.

Les pessaires à rétroversions ou flexions ont eu leurs beaux jours de gloire et sont même encore très employés, témoins les Schulze, Thomas, Hodge, Vulliet, etc. ; cependant il est des cas où ni les uns ni les autres ne peuvent être utilisés, et néanmoins la malade réclame du secours tout en refusant catégoriquement une opération.

Les pessaires même les mieux conditionnés avaient généralement besoin d'un appui périnéal solide; d'un vagin ni trop étroit ni trop large.

(1) JENTZER et BOURCART. *Traitement manuel des affections de l'utérus.*
(2) BOURCART. *Annales de gynécologie*, juin 1895.

Les uns étaient destinés à maintenir l'antéversion en refoulant le fond en avant; les autres en fixant le col en arrière.

Le fond utérin revenait souvent en arrière en repoussant le pessaire en avant, ou bien la rétroflexion se produisait malgré la position du col.

Le col amputé peut aussi ne plus offrir de point d'appui. Souvent le pessaire empêche la circulation du bol fécal en comprimant le rectum; les pessaires trop grands ont parfois produit des eschares dangereuses.

Le pessaire gêne les rapports conjugaux et ne permet pas de traiter concurremment la femme au moyen de pansements vaginaux, tels que des tampons, par exemple.

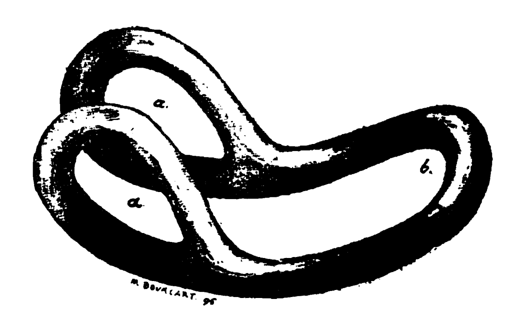


FIG. 1.

L'introduction et l'extraction des pessaires n'est pas toujours facile, selon les modèles; de plus, certains d'entre eux se déplacent facilement. Les anciens pessaires ne maintenaient pas les annexes prolabées dans le Douglas, le déplacement de ces organes favorisant la récidive, lorsqu'ils ne sont pas fixés.

Nous avons cherché à éliminer avec notre nouveau pessaire cette série de conséquences défavorables; sans vouloir mettre ses congénères de côté, il pourra au contraire être principalement employé dans les cas où les autres instruments ne pourraient être utilisés; ainsi en cas de mobilité

extrême de l'utérus, de relâchement du vagin, luxation des ovaires, etc.

Notre pessaire (voy. fig. 1) a une forme en berceau rappelant extérieurement celui de Schulze ou de Vulliet; il en diffère cependant en ce sens que l'arc postérieur manque totalement.

Il se compose de deux branches latérales, ou ailerons (a, a), réunies en avant et formant ressort entre elles; le pessaire est généralement formé d'un fil ou d'un ressort

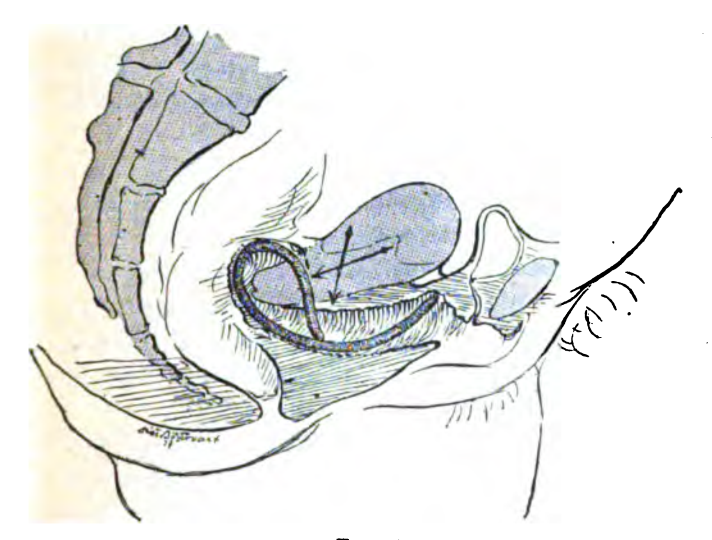


FIG. 2.

d'acier, détrempé à ses extrémités, et recouvert de caoutchouc; je le préfère encore en melchior recouvert de caoutchouc, souple et malléable en même temps.

Les deux branches sont recourbées sur elles-mêmes à leur extrémité postérieure et forment une boucle destinée à présenter un plan incliné sur lequel viendra porter la base du ligament large.

Par l'élasticité du ressort, qui tend à ouvrir les deux branches, le pessaire se maintient en place, en outre sa con-

vexité antérieure vient s'arquebouter derrière la symphyse.

Les ailerons refoulés par les parois latérales se rapprochent un peu derrière le col et empêchent le retour en arrière du fond utérin.

Le grand diamètre de l'insertion des ligaments larges ayant dépassé la courbure supérieure des ailerons (voy. 2), les ligaments portant à faux sur ce plan oblique, l'utérus aura toujours tendance à tomber le fond en avant; en outre, la tension des culs-de-sac latéraux et du plafond vaginal rendront impossible la torsion des ligaments en arrière; par son propre poids l'utérus se place dans la position normale.

Le pessaire ne prenant qu'un appui latéral et antérieur, laissera libre cours au passage des matières dans le rectum, ce qui est un grand point.

La courbure antérieure qui peut être simple ou porter une dépression uréthrale (voy. fig. 3a, E.) vient appuyer derrière la symphyse, sur la voûte antérieure du vagin, qu'elle soulève et maintient tendue. L'utérus ainsi fixé, sa circulation deviendra plus facile, grâce à un massage bien appliqué, les ligaments reprendront leur élasticité, l'utérus son volume normal et le jour ne tardera pas où la malade sera guérie et pourra se passer de pessaire.

Les ailerons du pessaire en soulevant la base des ligaments larges, maintiennent du même coup les ovaires, dont les déplacements entraînent des rétroflexions à rechutes fréquentes.

Le pessaire est maintenu en outre en place au bout de quelque temps par les bourrelets vaginaux qui viennent faire saillie dans les ouvertures des ailerons; ceux-ci peuvent être légèrement rejetés en dehors ou en dedans, ou être maintenus exactement parallèles suivant les indications (voy. fig. 3, C. D. E.)

Pour appliquer le pessaire, la femme étant dans une position gynécologique, il suffit de le prendre entre le pouce et l'index de la main droite et, tout en rapprochant les deux anches par une légère pression, les introduire directement

en avant dans la fente vulvaire, sans tourner le pessaire sur le côté; le pousser ensuite doucement en avant, puis introduisant l'index dans le vagin placer bimanuellement les ailerons sur les côtés et en arrière du col, en ayant soin de faire franchir la courbure supérieure des ailerons à la base des liga-

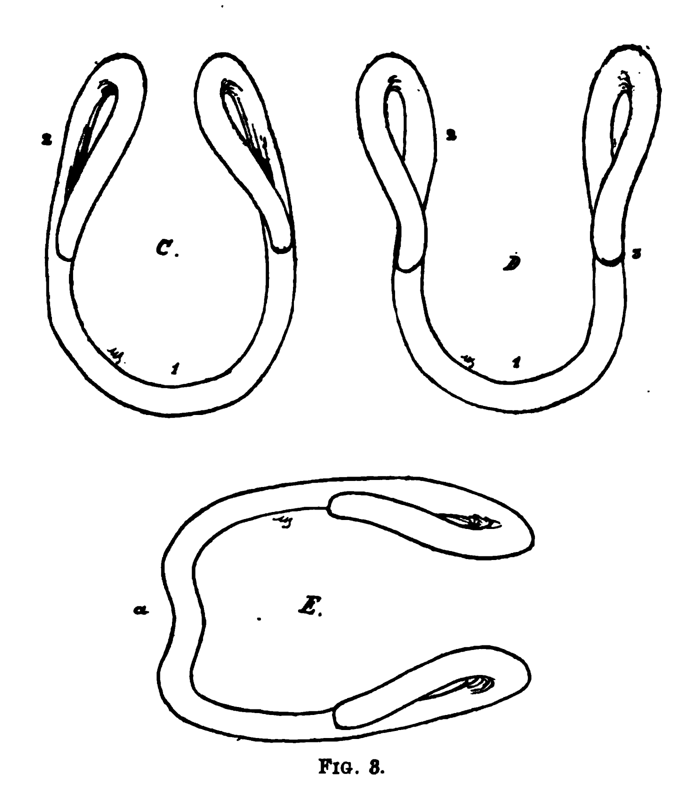


Fig. 8.

ments larges (voy. fig. 2), de façon que les ailerons soient aux trois quarts logés dans le Douglas.

Pour faciliter la chose on peut introduire l'extrémité de l'index dans la fenêtre de l'aileron, et le pousser en place.

La place occupée par les annexes doit être exactement contrôlée.

La convexité antérieure se loge d'elle-même derrière la

symphyse et si le pessaire est bien placé, il ne bouge plus, quelle que soit la position occupée par la malade.

L'important pour le pessaire est qu'il soit exactement appliqué; pour cela il faut que le cul-de-sac postérieur admette sans trop de difficultés la partie postérieure des ailerons ; la grandeur des pessaires devra être bien choisie pour cela. Quant aux ailerons, on peut les modifier sur place, cette partie du pessaire étant malléable.

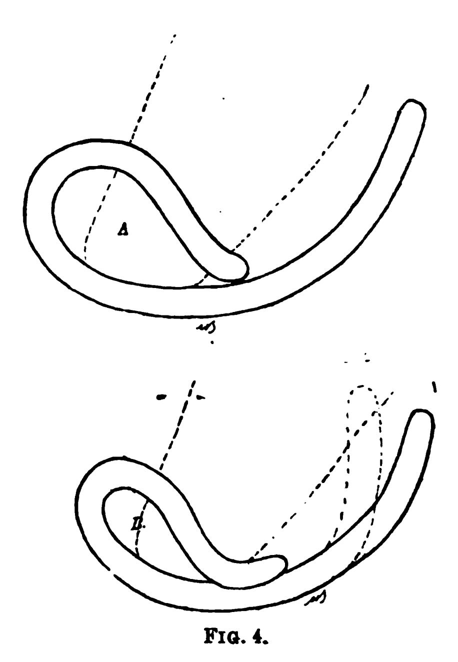


Fig. 4.

Si la convexité antérieure gêne l'écoulement de l'urine, on peut facilement lui imprimer une légère dépression en cupule, qui évitera la compression de l'urèthre ou du sphincter.

Les cas offrant le plus de difficultés à l'emploi de mon pessaire, sont ceux où le vagin est atrophié, et le Douglas très peu développé. Ces cas se prêtent en général peu à l'emploi du pessaire et demandent plutôt un traitement opératoire.

L'emploi de mon pessaire sera naturellement soumis aux

mêmes règles que les pessaires en général (libération des adhérences, contre-indications inflammatoires, etc.). Il est généralement très facilement supporté ; il ne gêne pas le coït, ce qui n'est pas à dédaigner, ni l'emploi de pansements vaginaux.

Ce même pessaire peut être employé dans les antéflexions, en relevant la branche antérieure (voy. fig. 4, B : 2) qui tendra à redresser l'utérus.

REVUE GÉNÉRALE

LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME ET SON TRAITEMENT

Communication faite à la Société médicale de Munich,
par **M. G. Klein**, Privat-docent.

Jusqu'en 1891 on admettait d'une façon générale que le gonocoque, en tant qu'agent d'inflammation ne peut exister que dans un épithélium cylindrique, que chez la femme par conséquent il peut bien provoquer une endométrite et une salpingite gonorrhéique, mais qu'il est impuissant à déterminer une inflammation spécifique de la vulve, du vagin, du péritoine, moins encore du tissu conjonctif.

En 1891, Wertheim montra que le gonocoque peut envahir non seulement l'épithélium cylindrique, mais aussi l'épithélium cubique du péritoine, voire même le tissu conjonctif. Ses opinions furent généralement admises, sauf la possibilité d'une suppuration du tissu conjonctif sous l'influence du gonocoque.

Nos idées sur le traitement de la gonorrhée chez la femme, se sont également modifiées. Actuellement tout le monde admet que l'infection gonorrhéique aiguë demande un traitement peu actif. « Je suis, dit Bröse, peu à peu arrivé à la conviction que l'infection gonorrhéique récente doit être, comme la plupart des infections aiguës, combattue par l'organisme lui-même et qu'un traitement général est sous ce rapport plus utile à la malade que

tous les traitements locaux. » D'après Winter, le stade aigu de l'infection a son utilité, la suppuration constituant un moyen de défense contre l'invasion des gonocoques ; il admet même qu'avec un traitement « abstentionniste » la gonorrhée peut disparaître au bout de huit jours d'une façon définitive. Veit pense aussi qu'en cas d'infection unique le gonocoque n'envahit ni les trompes, ni le péritoine.

Le pronostic de la gonorrhée chez la femme serait donc bien moins sombre que ne l'admettait Nœggerath.

Diagnostic. — Pour faire le diagnostic de la gonorrhée, il faut trouver le gonocoque. En pratique, dans la clientèle, on est réduit à l'examen microscopique des sécrétions, et le diagnostic est fait quand on trouve les diplocoques caractéristiques inclus dans des cellules, se colorant facilement avec les couleurs d'aniline et se décolorant par la méthode de Gram. Comme chez la femme la gonorrhée se localise principalement dans l'urèthre et le canal cervical, on prend les sécrétions de ces deux canaux dont les orifices sont préalablement nettoyés, et on les étend sur des lamelles que l'on sèche d'abord à l'air, ensuite sur la flamme d'un bec de gaz ou d'une lampe à alcool. On les colore avec une solution filtrée de bleu de méthyle, et l'imprégnation une fois faite, on les lave au bout de deux minutes avec de l'eau stérilisée. Il ne reste plus qu'à examiner la préparation avec un objectif à immersion. La décoloration par la méthode de Gram n'est pas indispensable.

On admet généralement que chez la femme l'uréthrite blennorrhagique disparaît très rapidement. Il n'en est rien et c'est pour cela que dans chaque cas, en l'absence même de symptômes uréthraux, on examinera les sécrétions uréthrales ; très fréquemment on y trouvera les gonocoques que vainement l'on chercha dans les sécrétions du col. Il faut donc toujours examiner les sécrétions utérines et les sécrétions uréthrales ; c'est la seule façon d'assurer le diagnostic. Disons enfin que, dans certains cas, les sécrétions uréthrales, tout en étant purement séreuses, peuvent renfermer de nombreux gonocoques.

Le diagnostic microscopique de la gonorrhée est très important ; il n'est toutefois pas indispensable ; il est certain que la gonorrhée aiguë peut être diagnostiquée, en s'appuyant

exclusivement sur l'ensemble des symptômes cliniques. On peut même dire que le diagnostic de gonorrhée s'impose chaque fois que chez une femme ayant eu des rapports sexuels on trouve de l'uréthrite et de l'endométrite, ou de la métrite et de la salpingite, dont l'origine ne remonte pas à une septicémie puerpérale.

Localisations de la blennorrhagie. — Nous avons déjà dit que le gonocoque peut envahir non seulement tous les épithéliums, mais encore le tissu conjonctif. Ces faits sont importants à connaitre, car ils expliquent les complications de vulvite, de colpite, de paramétrite, de péritonite qui surviennent dans l'infection gonorrhéique sans le concours d'autres microbes, sans le concours d'une infection mixte. Il est à remarquer qu'il existe certaines conditions prédisposant à la gonorrhée et à ses complications. D'après Saenger, la vulvite gonorrhéique s'observe principalement « chez les vieilles femmes, les femmes enceintes, les femmes délicates, blondes » ; Fritsch a caractérisé cette prédisposition, en disant que la prolifération du gonocoque est liée non pas à la nature de l'épithélium, mais à ses propriétés biologiques. On connaît du reste le mot de Ricord : « Si vous voulez avoir une chaudepisse, prenez une femme lymphatique, pâle, blonde plutôt que brune, etc. »

Que le gonocoque, en pénétrant dans le tissu conjonctif, puisse y provoquer des phénomènes inflammatoires, cela est hors de doute. On a trouvé le gonocoque dans le tissu conjonctif péri-uréthral, péri-ovarique, péri-rectal, voire même dans les fentes lymphatiques du tissu sous-péritonéal. Wertheim, Saenger, Zweifel et d'autres ont signalé les abcès de l'ovaire d'origine gonorrhéique.

Les voies d'infection gonorrhéique sont très variables. Par contiguïté, le gonocoque peut remonter de la vulve dans le péritoine en passant par le vagin, l'utérus et les trompes ; il peut encore suivre la voie lymphatique pour passer directement de l'utérus dans le péritoine, de la muqueuse des trompes dans les ovaires ; il peut enfin pénétrer dans le sang et envahir les organes éloignés. C'est là l'origine des métastases.

En parlant des métastases, je tiens à insister sur un point fort important au point de vue pratique. A la suite des interventions dites énergiques, à la suite d'un cathétérisme, d'un curettage, etc.,

les tissus sont fréquemment traumatisés, et le gonocoque pénètre dans le sang. Il est certain que, dans certains cas de gonorrhée aiguë, localisée à l'urèthre ou au col, une intervention thérapeutique tant soit peu énergique a pour résultat de transporter le virus dans le paramètre, de provoquer des métastases dans les articulations et les gaines tendineuses. Très souvent un massage, un cathétérisme, destinés à redresser un utérus fléchi, sont suivis d'une inflammation aiguë des annexes avec fièvre élevée et phénomènes péritonéaux ; souvent encore une endométrite subaiguë, bénigne est transformée par le curettage en une périmétrite grave dont la guérison demande des années. On ne saurait donc trop insister sur ce point que dans la gonorrhée aiguë ou subaiguë de la femme le traitement doit être aussi peu énergique que possible.

Dans ces dernières années, on a publié des faits fort curieux relatifs à l'envahissement de divers organes par le gonocoque. On sait maintenant que le gonocoque peut envahir non seulement les diverses parties de l'appareil génital de la femme, mais des organes et des systèmes très différents. Dohrn Rosinski, Leyden ont signalé la stomatite ulcéreuse gonoccique des nouveau-nés ; dans l'observation de Krœnig un jeune nourrisson contracte d'abord une conjonctivite gonorrhéique qui se complique de rhinite, d'otite moyenne de même nature. Sarfert a eu l'occasion d'ouvrir un abcès du sein chez une femme atteinte de gonorrhée : le pus renfermait des gonocoques. Barlow et d'autres ont signalé l'existence d'une cystite à gonocoques. L'existence d'une rectite catarrhale à gonocoques a été démontrée dans bien des cas, principalement chez des individus, hommes ou femmes, qui subissent le coït rectal. Notons à ce sujet que la proctite gonococcique est d'autant plus importante à connaître que souvent elle donne lieu à des ulcérations et rétrécissements ayant tous les caractères des rétrécissements dits syphilitiques du rectum.

Quant à la question de l'infection mixte dans la gonorrhée, nos connaissances sur ce sujet sont encore très obscures. Il y a quelques années, la salpingite suppurée, la péritonite circonscrite, la périmétrite ou la péri-ovarite, etc., étaient considérées, chez les femmes gonorrhéiques comme le résultat d'une infection mixte. Cette hypothèse est erronée ; on sait aujourd'hui que toutes ces lésions peuvent être produites par le gonocoque seul.

Mais d'un autre côté, on a trouvé, dans le pus des trompes, des bactéries pyogènes, streptocoque et stapylocoquhe, à côté du gonocoque. Peut-être ces faits contradictoires peuvent-ils être conciliés, en admettant que l'apparition des micro-organismes pyogènes se fait au moment où le processus gonorrhéique commence à décliner.

Fréquence de la blennorrhagie. — La question que l'on se pose souvent est de savoir jusqu'à quel point la gonorrhée est fréquente chez la femme? Il est difficile de répondre à cette question et les auteurs ne sont guère d'accord sur ce point. Nœggerath admet que 80 p. 100 des femmes sont atteintes de gonorrhée. C'est beaucoup trop. Pour Schwartz et Saenger la gonorrhée existerait chez 12 p. 100 des femmes qui s'adressent aux gynécologues. Ce chiffre n'est pas assez élevé, et la vérité se trouve peut-être entre les deux extrêmes.

Traitement. — Avant tout, je tiens à déclarer encore une fois que l'infection gonorrhéique aiguë, indépendamment de sa localisation, doit être traitée par le repos, par les moyens doux et par l'abstention de tout ce qui rappelle une thérapeutique énergique. A cette règle il n'existe qu'une seule exception : c'est le pyosalpinx qui presque toujours exige une intervention chirurgicale. Les indications des cautérisations et interventions locales n'existent que dans la gonorrhée chronique rebelle, et même dans ce cas il faut renoncer à un traitement énergique quand il existe en même temps une lésion des annexes. Quand, dans ces cas complexes, l'affection résiste, j'ai souvent réussi d'une façon assez satisfaisante, avec le traitement que Leube emploie dans la gastrite chronique et qui consiste dans le repos absolu au lit et dans les cataplasmes chauds sur le ventre. L'opération peut être quelquefois évitée à la malade.

Je n'ai pas l'intention de vous exposer toutes les méthodes thérapeutiques qui ces temps derniers ont été préconisées contre la gonorrhée de la femme. Ce qui importe au praticien, c'est d'avoir à sa disposition une seule méthode, mais simple et pouvant s'appliquer à la majorité des cas. En exposant ma méthode je n'ai naturellement pas la prétention de croire qu'elle est supérieure aux autres; c'est tout simplement à titre de contribution au traitement de la gonorrhée que je vous la présente.

Presque toujours la gonorrhée envahit en premier lieu l'urèthre, et dans 50 p. 100 des cas, dans 70 p. 100 d'après certains auteurs, on trouve en même temps une gonorrhée du col. L'envahissement de la muqueuse utérine est plus rare et survient quelquefois à l'occasion des règles, d'un accouchement, d'une intervention chirurgicale locale. Les trompes ne seraient prises que dans 33 p. 100 des cas (Sænger, Rosthorn).

L'infection de la vulve et du vagin est ordinairement secondaire et s'effectue ordinairement quand l'écoulement du col ou de l'urèthre est particulièrement abondant. D'après certains auteurs la vaginite ou la vulvite doivent dans ces cas être attribuées à l'action purement chimique de l'écoulement purulent. Seulement rien ne prouve, pour la vulve par exemple, qu'après la macération de l'épithélium il ne s'agisse d'une inflammation spécifique.

On voit par là que c'est contre l'uréthrite et la métrite gonorrhéique que l'on aura le plus souvent à lutter.

1° *L'uréthrite gonorrhéique* constitue, comme nous l'avons dit, la localisation la plus fréquente de la gonorrhée chez la femme. Presque toujours, l'urèthre est envahi soit en premier lieu, soit simultanément avec d'autres organes. Rarement l'uréthrite gonorrhéique se manifeste par des symptômes bruyants; souvent même elle passe inaperçue aussi bien pour la malade que pour le médecin et ce n'est qu'en interrogeant la malade qu'on apprend que, les premiers temps après le mariage, elle a éprouvé du ténesme vésical et a eu des mictions fréquentes. Le diagnostic ne peut être fait dans ces cas que par l'examen bactériologique des sécrétions uréthrales que l'on obtient en faisant couler une goutte de liquide à l'orifice externe.

L'uréthrite aiguë ne nécessite aucun traitement local. Si les symptômes sont accusés, on met la malade au lit et on ordonne un régime doux. En fait de thérapeutique on prescrit les lavages de la vulve avec une solution de sublimé au 5000e et les injections vaginales, à titre prophylactique, avec une solution de permanganate de potasse au même titre. En même temps on veillera à la régularité des selles et on défendra d'une façon absolue le coït.

Avec un tel traitement, quand on sait éviter toute intervention locale, l'uréthrite aiguë guérit en trois semaines. Le pronostic est donc relativement favorable.

Dans *l'uréthrite chronique* qui le plus souvent succède à l'uréthrite aiguë mal soignée, l'examen bactériologique des sécrétions uréthrales a également une importance diagnostique considérable. L'épreuve de deux verres peut également être utilisée, à la condition de bien nettoyer préalablement le vagin.

Le plus souvent les symptômes de l'uréthrite chronique sont peu accusés et se réduisent à des picotements pendant les mictions, à une sensation de corps étranger dans l'urèthre. Mais il faut savoir qu'à côté de ces cas, qui forment la majorité, on en trouve d'autres où les malades souffrent pendant des années. Les symptômes qu'on trouve dans ces cas sont du ténesme vésical, des mictions douloureuses, des difficultés de miction allant quelquefois jusqu'à la rétention complète de l'urine, si bien que l'on est obligé de sonder la malade. Malgré cette symptomatologie bien nette les malades sont considérées par des médecins, et même par des médecins instruits et consciencieux, comme hystériques, névropathes, tandis qu'un simple examen des sécrétions mettrait sur la voie du diagnostic en montrant la présence des gonocoques.

Le traitement de l'uréthrite chronique doit être local. On commencera par injecter dans l'urèthre, tous les deux ou trois jours, avec une seringue de Braun, une certaine quantité d'une solution phéniquée à 3 p. 100, que l'on remplacera plus tard par les injections d'une solution de nitrate d'argent au 5000e. Ces injections sont rarement douloureuses, et, quand elles provoquent de la douleur, celle-ci ne dure pas longtemps. En même temps, on prescrira des injections vaginales tièdes avec une solution de permanganate de potasse au 5000e, des bains de siège. On mettra la malade à un régime alimentaire doux en proscrivant d'une façon absolue le vin et la bière.

2o *La gonorrhée du canal cervical,* se manifeste avant tout et en premier lieu par l'écoulement. L'écoulement est incolore, lactescent dans les cas chroniques, purulent et sanguinolent dans l'infection aiguë. En pratique, c'est contre cet écoulement que l'on dirige ordinairement tous les efforts, et comme dit Fraenkel, il existe une sorte d'association d'idées entre l'écoulement et les injections vaginales avec une solution d'alun.

Certainement cette pratique banale n'est pas recommandable, et prescrire des injections en se basant exclusivement sur l'existence d'un écoulement ne constitue pas œuvre de clinicien. Mais

dans l'infection aiguë du col ces injections ne sont pas mauvaises, moins dangereuses certainement que les injections caustiques plus énergiques, car l'alun peut du moins revendiquer un effet, c'est de durcir l'épithélium et de s'opposer ainsi à l'invasion du gonocoque.

Je préfère aux injections d'alun une substance désinfectante faible, le permanganate de potasse au 5000e. On peut également employer avec succès les injections vaginales de Fritsch, surtout dans les cas où la gonorrhée du col s'est compliquée d'une vulvo-vaginite. Fritsch prescrit 300 gr. d'une solution de chlorure de zinc à 50 p. 100, dont on prend une cuillerée à bouche (20 gr.) pour chaque litre d'eau. Ces injections vaginales font rapidement disparaître la rougeur de la vulve et du vagin; très rapidement aussi les sécrétions cervicales diminuent et le col reprend peu à peu son aspect normal.

L'écoulement n'est pas le seul symptôme de la gonorrhée cervicale. Aujourd'hui on sait d'une façon certaine que les érosions du col sont également, dans la majorité des cas, de nature gonorrhéique. Dans ces conditions, si ces érosions ne sont qu'un des symptômes de l'infection gonorrhéique du col, on comprend qu'une thérapeutique dirigée exclusivement contre elles, échouera forcément, surtout si la gonorrhée du col est passée à l'état chronique. Il faut donc dans ces cas s'attaquer avant tout à la muqueuse infectée, et souvent les érosions guérissent alors spontanément.

On commencera donc par traiter localement la gonorrhée chronique du col. Ce qui réussit le mieux dans ces circonstances, ce sont les cautérisations de la muqueuse à l'aide des caustiques peu énergiques. On procède de la façon suivante :

Après avoir bien isolé le col dans le spéculum cylindrique ou bivalve, on le nettoie avec un tampon d'ouate trempé dans une solution phéniquée, en essayant d'enlever en même temps le bouchon du canal cervical. Si le bouchon est visqueux, difficile à enlever, on injecte avec la seringue de Braun, dans la cavité du col, soit une solution d'acide phénique à 3 p. 100, soit une de borax à 5 p. 100; ou bien encore on essaie d'avoir le bouchon muqueux avec la sonde de Playfair garnie d'ouate trempée dans une solution.

Le col une fois libre, on injecte dans le canal cervical une petite quantité d'une solution de nitrate d'argent au 3000e. Mais

si l'orifice externe du col est étroit, s'il s'agit d'une nullipare, il faut renoncer aux injections qu'on remplace dans ces cas par un attouchement de la muqueuse avec un tampon d'ouate enroulé autour de la sonde de Playfair et trempé dans la même solution de nitrate d'argent.

Ces injections suffisent souvent pour amener la guérison des érosions. Dans les cas contraires, il faut après chaque injection cautériser les érosions avec une solution forte (2 p. 100) de nitrate d'argent.

Souvent le traitement qui vient d'être exposé permet d'éviter une intervention chirurgicale.

3° *L'infection gonorrhéique aiguë de la cavité du corps de l'utérus* se manifeste quelquefois par des symptômes très bruyants de péritonite, et souvent ce n'est qu'au bout d'une ou de deux semaines de repos au lit, d'applications de glace sur le ventre, d'administration d'opium, que l'inflammation se limite à l'appareil génital. Ce qui vient d'être dit constitue toute la thérapeutique de l'endométrite gonorrhéique aiguë : repos au lit, glace sur le ventre, opium, diète rigoureuse, mictions et selles régulières.

Mais il existe des cas où l'infection en question évolue d'une façon très bénigne, et cette période peut même échapper au malade. Aujourd'hui nous savons que l'endométrite chronique relève très souvent d'une gonorrhée méconnue. Je vais même plus loin et je dis : La plupart des endométrites chroniques survenant pendant la vie sexuelle et ne se rattachant ni à un avortement ni à des accidents puerpéraux, sont de nature gonorrhéique Toutefois il est indiqué de ne pas considérer comme étant de nature inflammatoire toutes les hyperhémies et toutes les hyperplasies de la muqueuse utérine. Ces hyperhémies et ces hyperplasies, qui disparaissent avec les causes qui leur ont donné naissance, se trouvent encore assez souvent dans les troubles de circulation locale ou générale consécutivement à des affections du cœur, du foie, des reins, dans les déviations de l'utérus, dans les hyperhémies de l'appareil génital en cas de sarcomes, de carcinomes ou de myômes ; dans tous ces cas il s'agit non pas d'une inflammation, mais d'une hyperhémie secondaire.

Sans parler du gonocoque, l'endométrite chronique peut encore être provoquée par des bacilles tuberculeux, par des coli-bacilles, par des saprophytes, voire même par des protozoaires. Mais

comme fréquence, le rôle étiologique du gonocoque vient en premier lieu, et bien que la démonstration bactériologique de la nature gonococcique de l'endométrite chronique fasse encore défaut, les faits cliniques ne laissent aucun doute sur ce point.

Si l'on admet que l'endométrite chronique est le plus souvent de nature gonorrhéique, la conclusion pratique à en tirer c'est que le curettage, devenu malheureusement de pratique courante, ne doit être appliqué que dans des cas tout à fait exceptionnels. Dans la plupart des cas d'endométrite chronique, le curettage est non seulement le plus souvent d'aucun effet, mais encore quelquefois directement nuisible, en ce sens qu'il donne une sorte de coup de fouet à l'infection, qui envahit alors les organes voisins. L'inefficacité du curettage est du reste démontrée par ce fait que souvent on est obligé de revenir à la même opération trois, quatre fois, sans que le malade en retire le moindre bénéfice.

Plus efficaces que les grattages sont, dans le traitement de l'endométrite chronique, le traitement local de la gonorrhée cervicale et un traitement fortifiant général comprenant un régime alimentaire substantiel, le drap mouillé, le séjour au grand air, les injections vaginales, les bains de siège.

4° *L'infection gonorrhéique aiguë ou chronique des annexes* (trompes, ovaires, paramètre, péritoine pelvien), n'exige pas non plus un traitement bien actif, à moins qu'il n'y ait du pus dans les trompes et les ovaires, condition qui impose l'intervention chirurgicale, l'extirpation. Mais s'il s'agit d'un empâtement diffus avec adhérences entourant comme une gangue tous ces organes, le traitement de choix sera encore « le ménagement physique et thérapeutique ».

La malade sera condamnée, pour un mois, au repos absolu au lit qu'on ne lui permettra pas de quitter, même pour satisfaire les besoins naturels ; deux fois par jour on appliquera de larges cataplasmes chauds sur le ventre ; on prescrira un régime doux, on veillera à la régularité des selles et de la miction.

On supprimera les cataplasmes s'il survenait un mouvement fébrile assez accusé ou des douleurs vives. La fièvre comme la douleur doivent faire chercher l'existence d'un foyer de suppuration et cette recherche devra souvent être faite sous le chloroforme.

La malade ne quittera le lit que lorsqu'elle sera restée longtemps sans souffrir. Mais si la douleur persiste, si en un mot le traitement ci-dessus échoue, il ne faut pas hésiter à recourir à une intervention chirurgicale, à l'ablation des annexes. Si au contraire sous l'influence du traitement médical la situation s'améliore, si la fièvre irrégulière apparaît de plus en plus rarement, si les douleurs spontanées ou provoquées deviennent de moins en moins vives, il faut persister. On prescrira alors les résolutifs, tampon de glycérine et d'iodure de potassium, injections vaginales chaudes, bains de siège, etc.; on insistera sur l'hygiène générale et l'on enverra la malade à la campagne pour vivre au grand air et au soleil.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

IIIe session, du 18 *au* 20 *avril* 1895 (1).

PROUVOST. **Note sur les boiteuses au point de vue obstétrical.** — Après rappel des données essentielles sur la statique des boiteuses et sur les moyens protéthiques, et analyse comparée de 47 observations, l'auteur conclut: 1° Que la claudication a une action déformante, certaine, sur le bassin; les commémoratifs affirment *sept fois* le défaut absolu de traitement de la claudication, dans les *sept cas* il y a aplatissement du côté sain;

2° Quand le traitement (canne, béquilles, etc.) est abandonné prématurément, les déformations pelviennes sont fréquentes, même quand le début de la claudication est relativement tardif (observation de Mme Lachapelle, Rosshirt, Segeth). Tant que le squelette pelvien n'a pas atteint l'achèvement de son ossification, du moins au niveau du cotyle (de 15 à 16 ans), il est susceptible d'être déformé par la claudication.

3° L'emploi de *deux béquilles* réalise la meilleure sauvegarde pour le bassin. Sur sept cas où il a constitué l'unique traitement

---

(1) Résumé d'après le *Compte rendu officiel.*

de la boiterie, quatre fois les deux béquilles ont été employées *jusqu'après la seizième année*; le bassin a échappé *ces quatre fois* à l'influence de la claudication. Trois fois elles ont été abandonnées avant 16 ans, et le bassin s'est déformé du côté sain.

Quand une boiteuse se sera servie, *constamment*, de deux béquilles jusqu'à l'âge de 16 ans au moins, il y aura de grandes probabilités pour que son bassin ait échappé à l'influence de la claudication. Dans ces conditions, le pelvis accomplit son développement physiologique sans subir les effets de la statique debout qui modifient avec l'âge sa conformation générale. Les pieds n'ont-ils appuyé qu'à peine à terre, le bassin peut conserver le type du bassin couché, type infantile; s'ils ont légèrement appuyé sur le sol, le bassin figurera un type intermédiaire entre le bassin couché et le bassin debout.

STIEBER. **Glycosurie pendant la grossesse. Accouchement à terme. Inertie utérine. Application de forceps. Suites de couches pathologiques.** — Le père était rhumatisant et brightique. L'une des sœurs, devenue enceinte, eut de l'éclampsie et une autre sœur, de l'albuminurie gravidique. Quant à elle, enfant, elle eut des convulsions, puis, sous des influences morales, elle devint nerveuse, émotive et eut plusieurs crises de nature hystérique. A noter également, cinq années avant sa grossesse, une phlébite fémorale, bilatérale, consécutive à une attaque d'influenza.

Première grossesse, trois années auparavant, interrompue à trois mois par un avortement, suites de couches normales. De nouveau enceinte, elle fit une consommation considérable de sucre (jusqu'à 250 grammes par jour). Vers le troisième mois de la gestation, pertes de sang qui nécessitèrent le repos au lit et l'emploi du laudanum. Ayant présenté ensuite de l'œdème des membres inférieurs, des troubles de la vue, des maux d'estomac, etc., ses urines, où l'on supposait devoir trouver de l'albumine, furent analysées et l'on y trouva 8 grammes de sucre par litre. Traitement : régime et bromure. *Accouchement à terme*, terminé par une application de forceps parce qu'il y avait inertie utérine. *Suites de couches* normales jusqu'au treizième jour. A ce moment, début d'une *phlegmatia alba dolens* du côté droit et, dix jours après, même processus du côté gauche (une antisepsie rigoureuse avait été réalisée pendant et après l'accouche-

ment). L'analyse des urines, maintes fois pratiquée après l'accouchement, a donné : 4 gr. 81 de sucre le deuxième jour ; 4 gr. 18 le quatrième jour ; 10 gr. 50 le dixième jour ; 5 gr. 95 le vingt-deuxième jour. (L'observation ultérieure, permettra, seule, de décider si cette glycosurie correspond à une attaque de diabète vrai.)

Discussion. — L'auteur paraît attribuer à la glycosurie une part étiologique, réelle, dans la production des accidents observés post-partum, opinion, qui, selon M. RIVIÈRE, ne serait pas fondée. D'autre part, M. PORAK fait la remarque que, d'après les recherches de Henriot, il résulterait qu'il y a dans l'urine une substance qui donne à peu près toutes les réactions du sucre, que les analyses doivent par suite être faites avec beaucoup de rigueur.

GUÉNIOT. **Ma pratique et ses résultats dans soixante cas d'accouchements avec bassins rétrécis.** — M. Guéniot a observé, du 15 avril 1893 au 15 avril 1894, dans son service de la Maternité, 60 bassins rétrécis : ostéomalacique 1, oblique ovalaire 1, rachitiques 58.

Le diamètre promonto-pubien *minimum* (obtenu par déduction de 13 millimètres du diamètre promonto-sous-pubien) a été :

1 fois	69 millim.
16 »	75 à 82
21 »	84 à 87
21 »	89 à 92
1 »	95 millim.

Des 60 femmes, 14 étaient primipares, 14 secondipares, 22 multipares (de 3 à 9 accouchements). Sur les 60 accouchements, 25 fois le travail et l'expulsion du fœtus s'effectuèrent spontanément ; 35 fois il y eut nécessité d'intervenir par une ou plusieurs opérations.

A. — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS (25) : *à terme*, 10 ; *avant terme*, 15.

1° *Accouchements spontanés à terme* (10). Des 10 femmes, 5 primipares, 5 multipares. *Diamètre promonto-pubien minimum* : une fois 77 millim. ; les autres fois oscillant entre 84 et 95 millim. (95 une seule fois). *Enfants.* Tous naquirent vivants, avec un poids variant de 2,550 à 3,600 grammes. Celui qui eut à traverser le

bassin de 77 millim. comme conjugué vrai, pesait 3,150 grammes; par contre, celui qui passa dans le bassin de 95 millim. ne pesait que 2,750 grammes et subit une forte dépression du pariétal droit. Deux autres pesant 3,100 et 3,400 grammes furent expulsés en présentation du siège à travers des bassins de 87 millim. et 90 millim.

2° *Accouchements spontanés avant terme* (15). *Age de la grossesse* : 1 fois 7 mois et demi; 1 fois 8 mois ; 13 fois de 8 mois un quart à 8 mois trois quarts. *Diamètre promonto-pubien minimum* : de 75 à 92 millim.

Enfants : Sur 15 enfants, 12 naquirent vivants avec un poids de 2,250 à 3,380 grammes, sauf celui de 7 mois et demi qui ne pesait que 1,950 grammes et qui succomba au bout de quelques jours. Des trois enfants mort-nés, l'un de 8 mois et demi et du poids de 3,000 grammes succomba pendant le travail (sixième grossesse, présentation du siège, diam. minimum, 75 millim.; rupture prématurée de membranes vingt-quatre heures avant le début des douleurs, travail long). Les deux autres naquirent dans un état prononcé de macération.

B. — ACCOUCHEMENTS AYANT NÉCESSITÉ UNE OU PLUSIEURS OPÉRATIONS (35)

1° ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ : 23 cas (en général au moyen d'une sonde, exceptionnellement du ballon excitateur et de l'écarteur de Tarnier, une fois à l'aide du ballon de Champetier). Sur les 23 femmes : primipares 6, multipares 17. *Diamètre promonto-pubien minimum* : 1 fois 69 millim.; 22 fois de 79 à 92 millim.

Age de la grossesse : 1 fois, 7 mois trois quarts; 2 fois, 8 mois; 11 fois, 8 mois et demi; 8 fois, 8 mois trois quarts. Les 23 cas d'accouchement provoqué se répartissent comme suit : a) 14 fois, accouchement provoqué sans opération complémentaire; *b*) 3 fois, accouchement provoqué, symphyséotomie et forceps; *c*) 4 fois, accouchement provoqué, et forceps; *d*) 2 fois, accouchement provoqué et version céphalique par manœuvres externes.

Enfants (23). — Mort-né 1 [mort durant le travail (1)]; nés vivants

(1) Femme primipare. Diamètre promonto-pubien minimum 82 millim. — Travail lent. Écoulement prématuré des eaux. On appliqua le dilatateur de Tarnier, sur lequel on ajusta un anneau en caoutchouc trop puissant qui provoqua un véritable tétanos utérin. M. Guéniot ne fut averti que quand le fœtus avait déjà succombé.

22, dont deux succombèrent, l'un sept heures après son extraction, l'autre quelque jours après sa naissance. La mère de l'enfant mort sept heures après son extraction était primipare; le diamètre promonto-pubien mesurait 87 millim. L'enfant pesait 2,750 grammes. L'affaiblissement des bruits du cœur et la perte du méconium avait motivé une application de forceps hâtive et très laborieuse. L'enfant, mort quelques jours après sa naissance, ne pesait en naissant que 1,900 grammes; il n'était âgé que de 7 mois trois quarts. La grossesse fut interrompue trop tôt.

2° Symphyséotomie : 4 dont 3 consécutivement à l'accouchement provoqué, 1 à terme, la femme étant en travail lors de son entrée à la Maternité.

Premier cas. — Primipare. Diamètre promonto-pubien 87 millim. Accouchement provoqué à 8 mois et demi. La dilatation étant suffisante, symphyséotomie, puis extraction avec le forceps d'une fille vivante du poids de 2,900 grammes. *Écartement maximum du pubis*, 5 centimètres.

Deuxième cas. — IIpare. Bassin oblique ovalaire, diamètre droit 80 millim. ; accouchement provoqué à 8 mois et demi ; symphyséotomie. Extraction relativement facile avec le forceps, d'une fille pesant 3,100 grammes. *Écartement maximum du pubis*, 4 centimètres.

Troisième cas. — VIpare. Diamètre promonto-pubien, 81 millim.; accouchement provoqué à 8 mois trois quart. Symphyséotomie et forceps. Enfant vivant, pesant 3,380 grammes. *Écartement pubien*, 5 centim. et demi pour la tête, 5 centim. trois quarts, pour les épaules.

Quatrième cas. — IIpare. Opérée de section césarienne 19 mois auparavant. Ostéomalacie complètement arrêtée depuis. Diamètre promonto-pubien, 82 millim. *A terme.* Symphyséotomie et forceps. Enfant vivant, de 3,550 grammes. Écartement maximum du pubis, 63 millim. (*Mères et enfants quittèrent la Maternité en parfaite santé*).

3° Forceps : 16 fois, dont 8 comme opération complémentaire, 8 fois comme opération primitive.

1) *Forceps, opération complémentaire.* — 7 fois le forceps fut appliqué après accouchement provoqué, et une fois à *terme* après symphyséotomie. Sur les 7 premiers cas, le forceps fut combiné avec la symphyséotomie, 3 fois (voir ci-dessus symphyséotomie).

Cinquième cas. — IIpare; grossesse à 8 mois et demi. Diamètre promonto-pubien, 79 millim. Travail prolongé, forceps, enfant vivant, 2,750 grammes.

Sixième cas. — Grossesse à 8 mois troisquarts. Diamètre promonto-pubien 92 millim. Prolapsus du cordon, forceps. Enfant vivant, 3,550 grammes.

Septième cas. — Vpare, grossesse 8 mois trois quarts. Diamètre promonto-pubien, 87 millim. Version par manœuvres externes, transformation d'une présentation du siège en présentation du sommet, 24 heures avant la provocation du travail. Durée du travail, 3 jours, forceps. Enfant vivant, 3,230 grammes.

Huitième cas. — (Cité plus haut. Voir accouchement provoqué.) Ipare; forceps hâtif à cause de l'affaiblissement des bruits du cœur et de la sortie du méconium. Intervention pénible. Enfant de 2,750 gr. qui ne vécut que sept heures.

2) *Forceps comme opération primitive* (8).

a) 2 primipares *à terme*. Diam. prom.-pubien, 82 à 87 millim. Enfants *vivants* tous les deux, poids 3,000; 3,300 grammes.

b) Ipare, grossesse à 8 mois. Diam. prom.-pubien, 82 millim. Forceps dans l'excavation; enfant vivant, 2,900 grammes.

c) IIpare, à *terme*; Diam. prom.-pubien, 83 millim; forceps, enfant vivant, 2,900 grammes.

d) Multipare *à terme*; bassin 92 millim., 2 circulaires autour du cou de l'enfant; également torsion exagérée du cou constatée pendant le travail; forceps, extraction laborieuse; enfant extrait mort-né, 3,700 grammes.

e) Vpare, bassin 87 millim.; 4 accouchements antérieurs, spontanés. Plusieurs tentatives de forceps sans succès; chute du cordon. Version. Enfant extrait mort-né, 3,120 grammes.

f) IIpare, à *terme*, bassin 84 millim. Arrivée étant en travail et avec prolapsus du cordon. Réduction du cordon. Forceps qui échoua. L'enfant étant mort, basiotripsie. Poids : 3,400 grammes, sans la substance cérébrale.

g) Multipare. Tentatives multiples pour terminer l'accouchement faites en ville. A la Maternité, applications multiples de forceps sans succès (on dut faire la basiotripsie).

4° VERSION : 4 dont 2 pour transformer, par manœuvres externes, des présentations du siège en sommet et comme opération préalable à la provocation de l'accouchement.

Versions par manœuvres internes, 2. *Premier cas*. IIpare, en travail ; grossesse à 8 mois trois quarts ; bassin de 90 millim. ; présentation de l'épaule ; enfant vivant, pesant 2,700 grammes.

Deuxième cas. Voir au paragraphe précédent, à la lettre *e*.

5° EXTRACTION MANUELLE DANS LE CAS DE PRÉSENTATION DU SIÈGE. — Sur un total de huit cas de présentation pelvienne, la version par manœuvres externes fut faite deux fois (cas cités plus haut). Sur les six autres cas, 5 se terminèrent sans intervention notable. Dans un par contre, il fallut procéder à une extraction laborieure. VIIpare. Bassin de 84 millim., prolapsus du cordon. Version. Enfant en état de mort apparente. Ranimé mais mourut au bout de seize heures. Poids : 3,200 grammes.

6° BASIOTRIPSIE : 3. *Premier cas*. (Voir à propos du forceps, à lettre *f*.)

Deuxième cas. VIpare. Bassin de 92 millim., en travail depuis 2 jours et demi. Membranes rompues, écoulement vaginal fétide, fièvre (38°,6). Tentatives multiples d'accouchement en ville ; à la Maternité, applications multiples de forceps, insuccès. *Basiotripsie*. *Enfant* du poids de 4,050 grammes sans la substance cérébrale. Suites de couches fébriles durant sept jours, mais *guérison*

Troisième cas. Ipare, à *terme*, bassin 87 millim. En ville, tentatives multiples d'accouchement artificiel. Apportée mourante à la Maternité. *Basiotripsie*. *Mort de la mère une demi-heure après*, seul cas de mortalité maternelle.

Tableau récapitulatif.

Accouchement provoqué	14 cas
— symphyséotomie et forceps	3 —
— et forceps	4 —
Version céphalique par manœuvres externes et accouchement provoqué	2 —
Symphyséotomie et forceps	1 —
Forceps	5 —
Forceps et version par manœuvres internes	1 —
Forceps et basiotripsie	2 —
Basiotripsie	1 —
Version podalique par manœuvres internes	1 —
Extraction laborieuse (présent. du siège)	1 —

Résultats. — 1) *Mères.* 1 seul cas de mort (femme apportée mourante) ; morbidité minime.

1) *Enfants.* Vivants, 51 ; morts pendant l'accouchement, 7 ; expulsés en état de macération, 2.

Des 51 vivants, 47 quittèrent la Maternité étant en bon état de santé ; 2 ne vécurent que quelques jours, seize heures, un autre seulement sept heures.

Discussion : GAULARD pose plusieurs questions : M. Guéniot fait-il, pour la provocation de l'accouchement, une différence entre primipares et multipares ? Pour lui, il a coutume de laisser les primipares aller à terme et est souvent agréablement surpris, malgré les rétrécissements pelviens, de voir l'accouchement s'effectuer spontanément. Quand il provoque l'accouchement, ce n'est jamais avant 8 mois à 8 mois et demi. Quelle conduite M. Guéniot conseille-t-il aux praticiens en face d'un bassin rétréci ? Pourquoi dans certains cas, M. Guéniot fait-il la symphyséotomie sans application préalable de forceps et *vice versa* ?

GUÉNIOT ne fait pas de distinction de primiparité et de multiparité, 2 facteurs seuls sont à considérer : dimensions du bassin, volume de l'enfant. Aux praticiens, il conseillera de provoquer l'accouchement à huit mois, étant convaincu que la symphyséotomie est une opération à faire dans les cliniques. Quant à la décision pour la symphyséotomie sans forceps et *vice versa*, c'est surtout affaire de sens clinique et d'expérience.

FAVRE. **Des causes de l'éclampsie puerpérale.** — Citation, très sommaire, de 2 cas d'éclampsie. Premier cas. Éclampsie vers huit mois de grossesse, suivie de mort vingt-sept heures après le début des accès. A l'autopsie : néphrite aiguë et uretère droit pris dans des adhérences périmétritiques, et devenu imperméable. Uretère gauche libre. Microbes dans le sang de la malade. Au résumé, *rétention d'urine unilatérale et infection microbienne.*

Deuxième cas. Éclampsie survenue durant le travail ; mort peu après la délivrance. *L'uretère droit était également pris dans des fibres périmétritiques.*

L'auteur rapprochant ces faits d'expériences sur les animaux où, par la rétention artificielle de l'urine et injection de solutions microbiennes, il avait produit des accès éclamptiques, conclut que :

1° Les symptômes chez les femmes éclamptiques et chez les animaux qui servirent d'expériences étaient identiquement les mêmes ;

2° Il existe plusieurs microbes capables de produire ces symptômes. Donc, pas de microbe spécifique, bien que dans un grand nombre de cas la maladie puisse être de nature microbienne.

Les deux cas précédents ne font que confirmer les résultats expérimentaux.

Discussion. — RIVIÈRE et TREUB signalent la confusion qui existe dans cette manière d'envisager la nature de l'éclampsie. Au fond, rien ne montre le lien qui existe entre compression des uretères et microbes, ni ce qu'il faut vraiment incriminer dans la production des accès éclamptiques. BAR fait remarquer qu'il ne suffit pas de voir qu'il y a des microbes dans le sang des éclamptiques. Il importe aussi de les étudier et de les définir. Après les communications de M. Favre, on n'est pas mieux renseigné à ce sujet. Quant à lui, il a bien essayé de se mettre dans les meilleures conditions pour déceler les micro-organismes, mais il a toujours échoué. FABRE se défend d'avoir voulu généraliser en citant les deux faits de compression uretérale. D'autre part, il n'a jamais parlé de tel ou tel microbe, mais de microbes.

MAYGRIER. **Insertion et enchatonnement du placenta dans une corne utérine anormalement développée, avec disposition singulière du délivre.** — Ce fait instructif, concerne une femme de 27 ans, IIpare. La première grossesse fut interrompue par un avortement à 5 mois. Quant à la deuxième grossesse, qui se termina aussi prématurément, elle fut marquée par des hémorrhagies, qui se prolongèrent pendant plusieurs jours, après être survenues brusquement, sans circonstance particulière, apparente pour les expliquer. A sept mois, la femme étant couchée, écoulement prématuré des eaux, puis travail qui aboutit à l'expulsion d'un enfant du poids de 1,460 grammes. Une demi-heure après, tentatives de délivrance par la sage-femme, tentatives qui eurent pour résultat la rupture du cordon. Transport de la femme à l'hôpital.

La contraction vigoureuse de l'anneau de Bandl ne permet pas d'introduire la main dans l'utérus. On procède à la dilatation par deux applications assez prolongées et suivies de tractions du

ballon de Champetier qu'on dilate successivement avec 350 à 360 et 420 grammes de liquide. La dilatation ainsi obtenue permet enfin à une élève sage-femme d'introduire la main dans l'utérus, de constater à la hauteur de la corne droite un nouvel orifice qui conduit dans une sorte de diverticulum constitué par cette corne, et dans lequel le délivre est enchatonné. Décollement du délivre, qui reproduit exactement le moule de ce diverticulum, a la forme d'une aumônière et pèse 320 grammes. Insertion vélamenteuse du cordon. L'utérus, examiné après l'accouchement, présentait un développement transversal remarquable, dû à ce que la corne utérine droite simulait comme une tumeur accrochée à l'utérus. Les particularités de ce fait, intéressantes à relever, sont : 1° les hémorrhagies qui, par leur manière de se produire, pouvaient faire penser à une insertion vicieuse du délivre ; 2° les difficultés de la délivrance en de semblables conditions et les avantages du ballon de Champetier pour produire une dilatation suffisante non seulement de la partie inférieure de l'utérus, mais, s'il était besoin, de l'orifice menant dans la loge anormale du placenta.

Discussion. A. HERGOTT signale qu'il existe au musée obstétrical de Nancy une pièce pathologique provenant d'un cas semblable au précédent : placenta contenu dans une corne utérine (la femme avait succombé). Sur cette pièce, on constate une différence d'épaisseur considérable entre la paroi de l'utérus (3 à 4 centim.) et celle de la corne utérine (4 à 5 millim.), différence qui explique l'enchatonnement. D'autre part, il espère que le ballon de Champetier, utilisé comme le conseille Maygrier, dispensera de la laparotomie préconisée par Schulze pour ces cas spéciaux. GAULARD a observé, dans sa pratique, un cas d'enchatonnement placentaire. L'introduction de la main resta impossible. Mort par septicémie.

RIVIÈRE. **De la dystocie par tumeur fœtale sacro-coccygienne.** — Les faits de ce genre sont rares. Mais il importe de les bien connaître car, de la précision et de la précocité du diagnostic, dépend le plus souvent le succès. Deux observations que l'auteur rapproche, et dont le parallèle montre précisément toute l'importance qu'il y à dépister l'anomalie dont il s'agit, ont été le point de départ de ce travail. M. Rivière étudie successivement les conditions qui influent sur l'évolution du travail dans ces cas,

soit : 1° *le volume de la tumeur* ; 2° *sa nature anatomique* ; 3° *son mode d'insertion* ; 4° *le mode de présentation du fœtus*.

Il étudie ensuite soigneusement le diagnostic différentiel (ascite fœtale, rétention d'urine, placenta prævia, fibrome du segment inférieur, hydrocéphalie, grossesse gémellaire avec enclavement des deux têtes au détroit supérieur). Les conclusions sont les suivantes :

1° Une tumeur fœtale sacro-coccygienne peut par elle-même devenir cause de dystocie : a) par son volume exagéré ; *b*) par sa nature anatomique ; c) par son mode d'insertion sur le sacrum ; *e*) enfin, et surtout par le mode de présentation du fœtus.

2° La présentation de la tête est de toute la plus fréquente et la plus favorable, sauf tumeur très volumineuse, très dure ou sessile ; les trois pôles, tête, tronc, tumeur, traversent successivement la filière pelvienne.

3° La présentation du siège est par contre essentiellement défavorable : les pôles, siège et tumeur se présentent ensemble pour passer et ne peuvent le faire ; c'est une présentation assimilable à une présentation de l'épaule.

5° Il importe alors d'établir nettement le diagnostic et pour cela le moyen est d'introduire, sous chloroforme, la main tout entière dans l'utérus.

6° Le diagnostic établi, la conduite à tenir consiste à ramener la tumeur seule au détroit supérieur après avoir remonté le siège et à la tirer, première, au dehors.

7° Il faut, autant que possible, s'efforcer de conserver intacte la tumeur, le fœtus pouvant être viable, malgré la monstruosité dont il est atteint. Il ne faudrait cependant pas hésiter, en cas de besoin, à ponctionner ou à broyer même la tumeur, si par son volume ou sa consistance, elle faisait trop énergiquement obstacle à l'expulsion.

Discussion. Sur l'observation de Fochier que la manœuvre conseillée ne serait guère exécutable dans le cas de tumeurs séniles, Rivière répond qu'il a eu surtout en vue les tumeurs pédiculées.

QUEIREL. **Grippe et puerpéralité** (1).

---

(1) Voir p. 127.

GAULARD. **Scarlatine et albuminurie gravidique.** — Plusieurs faits observés dans sa pratique personnelle ont conduit l'auteur à trouver un rapport de causalité étroit entre des accidents graves observés soit pendant la grossesse ou même durant les suites de couches (albuminurie, accidents urémiques, accouchement prématuré, etc.) et une scarlatine antérieure, remontant parfois à une date très ancienne, et depuis négligée sinon oubliée. Cette influence pathogénique, parfois considérable, capable de déterminer une issue funeste, justifie les considérations suivantes, exposées en matière de conclusion : « Une enfant a la scarlatine, bientôt tout le monde l'a oublié. En est-il resté quelque chose du côté des reins? Personne ne songe à s'en occuper. L'enfant devenue femme et enceinte, devient malade; famille, médecins s'étonnent tous de voir s'établir de l'albuminurie et de l'urémie. D'où cela peut-il bien provenir?

« Quant à moi, je pense, maintenant, qu'il faut attacher plus d'importance à la scarlatine des petites filles. Je demande que de temps en temps, et pendant des années, on examine l'urine de celles qui ont été atteintes de cette fièvre et qu'on ne traite pas légèrement, les douleurs lombaires survenues chez elles-mêmes, sans être accompagnées d'albuminurie. Quand une ancienne scarlatineuse (*même légère*) devient enceinte, il est plus nécessaire que jamais de surveiller ses reins. Je suis d'avis de soumettre toutes les femmes dans ces conditions à un régime lacté mitigé pendant leur grossesse. »

Discussion. BAR rappelle que les accoucheurs, en particulier Tarnier et Budin, ont cité des faits semblables à ceux communiqués par M. Gaulard. Il pense que, dans ces cas, il convient de ne pas prolonger trop longtemps après l'accouchement le régime lacté exclusif. GAULARD insiste à nouveau sur ce fait que, sur les trois cas qu'il a observés, deux fois le traitement lacté n'a pas été fait pendant la grossesse. Or, l'une des femmes est morte et l'autre a failli mourir. Au contraire, dans la troisième observation, où le régime lacté a été institué, femme et enfant ont été sauvés. RIVIÈRE insiste aussi, avec observations à l'appui, sur l'efficacité du régime lacté, comme moyen préventif des accès éclamptiques.

(*A suivre*).

BIBLIOGRAPHIE

De l'infection intra-utérine dans le typhus abdominal. (Ueber intra-uterine Infection mit Typhus abdominalis). W. Freund et E. Levy. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, nº 25.

Après un rappel succinct des travaux ayant trait au passage des bacilles typhiques de la mère au fœtus, les auteurs relatent une observation personnelle, intéressante.

Vers le milieu de la grossesse, une femme atteinte de fièvre typhoïde depuis quatre semaines, expulse, précisément au moment où les hautes hyperthermies avaient cessé depuis plusieurs jours, presque brusquement et sans cause manifeste, un fœtus vivant, qui est immédiatement, ainsi que le délivre, recueilli dans un récipient de verre, soigneusement préparé pour éviter toute contamination extérieure. Le fœtus succomba peu après. Marche du travail, suites de couches ne furent aucunement influencées par la maladie typhique, et *vice versa*.

Des cultures furent tout de suite faites, en s'entourant de toutes les précautions nécessaires, avec du liquide splénique, du sang du cœur, du placenta. On mit également à cultiver un fragment de rate. *Or, ces cultures, auxquelles on s'efforça de donner toutes les conditions de précision et de pureté nécessaires, fournirent des résultats positifs, c'est-à-dire, montrèrent que les bacilles typhiques peuvent passer de la mère au fœtus.*

D'autre part, l'examen microscopique soigneux du placenta, de la caduque, permit d'exclure formellement l'hypothèse d'une endométrite récente, consécutive à la fièvre typhoïde, hypothèse *a priori* admissible en raison de certaines altérations du placenta et de la caduque, mais qui, après examen microscopique et études des antécédents, furent reconnues dépendre d'accidents d'endométrite antérieurs à la grossesse.

Au résumé, femme enceinte, atteinte de fièvre typhoïde à quatre mois environ de grossesse, fausse couche quatre semaines après le début de la maladie lorsque déjà les hautes hyperthermies ont cessé, expulsion d'un fœtus vivant mais qui succombe immédiatement après, délivrance normale; cultures multiples qui démontrent le passage du bacille typhique de la mère au fœtus, rien qui témoigne d'une endométrite aiguë de nature typhique ; enfin, pas la moindre solution de continuité au niveau des villosités choriales.

Les auteurs se demandent pourquoi, si le sang maternel circule librement dans les espaces placentaires, on n'admettrait pas que

les bacilles puissent de là pénétrer dans les villosités, sans qu'il y ait, pour cette pénétration, nécessité d'une lésion anatomique ? « Les bacilles typhiques, ajoutent les auteurs, une fois arrivés dans l'organisme fœtal, causèrent une maladie septicémique, ainsi qu'il a été maintes fois observé dans la plupart des observations de contamination intra-utérine par la voie placentaire. Il n'y a là rien qui doive étonner. L'agent infectieux vient du sang et peut ne pas se cantonner dans l'intestin qui, pendant la vie fœtale, ne remplit pas encore les fonctions qui lui sont spécialement dévolues. Conditions semblables se rencontrent dans l'infection intra-utérine par le diplocoque pneumonique de Fraenkel. L'enfant arrive-t-il mort, il a succombé à une septicémie produite par le pneumocoque. Au contraire, naît-il vivant, il peut être atteint d'une véritable pneumonie (Netter, E. Levy). D'autre part, on rencontre dans la pathogénie des adultes, des infections par le bacille typhique sans phénomènes intestinaux (Vaillard et Vincent, Chantemesse et Widal, Du Casal). Enfin, on connaît bien ces faits de typhus, où les symptômes généraux sont de la plus haute gravité, où même la maladie se termine par la mort, tandis que les lésions de l'intestin sont insignifiantes.

R. LABUSQUIÈRE.

VARIÉTÉS

La seconde session du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique aura lieu à Genève **dans la première quinzaine de septembre 1896**. C'est par erreur que quelques journaux ont annoncé cette session pour 1895.

Les questions officielles, pour lesquelles il a été choisi des rapporteurs de différents pays, sont les suivantes :

OBSTÉTRIQUE : *Fréquence relative et formes le plus souvent observées des rétrécissements du bassin selon les différents pays. — Traitement de l'éclampsie.*

GYNÉCOLOGIE : *Traitement opératoire des rétro-déviations utérines. — Suppurations pelviennes et leur traitement. — Mode de sutures des parois abdominales ; meilleur procédé pour éviter : abcès, éventrations, hernies, etc.*

En même temps que le congrès, aura lieu une exposition d'appareils et d'instruments se rapportant à l'obstétrique et à la gynécologie.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

DU TRAITEMENT INTRA-PÉRITONÉAL DU PÉDICULE, APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE, POUR FIBROMES UTÉRINS

Par le Dr **Lauwers**, à Courtrai.

La question du traitement du pédicule, après amputation de l'utérus myomateux, est loin d'être résolue. Toutefois, il est exact de dire que les partisans de la méthode extra-péritonéale perdent tous les jours du terrain, tandis qu'il existe, parmi les chirurgiens de tous les pays, une tendance manifeste à la suppression du moignon. Parmi les adeptes du procédé intra-péritonéal, les uns se sont convertis à l'hystérectomie abdominale totale; les autres, — je suis du nombre, — tenant compte des perfectionnements apportés à leur technique opératoire et de l'amélioration graduelle des résultats obtenus, sont demeurés fidèles à leurs convictions.

Persuadé de la gravité des symptômes occasionnés par les myômes, je me suis d'abord adressé aux méthodes de traitement les plus simples et les plus inoffensives : aux injections sous-cutanées d'ergotine, et à la castration ovarienne. J'ai abandonné ces deux méthodes : la première, parce qu'elle est parfois dangereuse, et presque toujours inefficace; la seconde parce que, loin d'amener constamment une dimi-

nution du volume des myômes, elle n'arrête pas même à coup sûr les hémorrhagies qu'ils provoquent.

J'ai eu recours ensuite au traitement radical, à la myomotomie. J'ai commencé par pratiquer le traitement intra-péritonéal du moignon dans trois myomotomies avec section des annexes et ouverture de la cavité utérine. J'ai eu deux insuccès (un avec le procédé à ligature élastique perdue, et un autre avec le procédé de Schrœder de Berlin). J'ai abandonné ce procédé, bien décidé à ne plus pratiquer de myomotomie, si je n'obteaais pas de meilleurs résultats avec la méthode extra-péritonéale. Au cours des soixante opérations que j'ai pratiquées ensuite, j'ai rencontré toutes les difficultés et toutes les complications imaginables : volume de la tumeur (tumeur de 22 et de 33 kilogrammes); siège intraligamentaire (dix cas, avec un décès); adhérences intestinales; suppuration de la tumeur; dégénérescences cancéreuse et sarcomateuse; nécrobiose de la tumeur avec ascite; enclavement dans le petit bassin; grossesse concomitante (trois cas, sans décès); anémie aiguë; épuisement des malades, etc. De mes soixante opérées, je n'en ai perdu que huit, soit une mortalité de 13 p. 100. Bien que ces résultats fussent supérieurs aux résultats publiés par la plupart des chirurgiens, j'ai abandonné la méthode extra-péritonéale à cause des inconvénients et des ennuis qu'elle entraîne: pansements multiples, suppurations de longue durée, exsudats péri-pédiculaires, obstruction intestinale, fistules abdomino-cervicales, cicatrices difformes, hernie de la ligne blanche, etc. Ayant observé tous ces accidents dans ma pratique, j'ai cherché et je crois avoir trouvé un procédé de traitement intra-péritonéal, offrant des garanties de succès au moins égales, sans présenter les inconvénients que je viens de signaler.

Avant de commencer la description de mon procédé, je tiens à déclarer que je n'ai nullement la prétention d'avoir fait une découverte. Si ma méthode diffère de tous les procédés que je connais, elle ressemble dans ses grandes lignes

à une foule d'autres méthodes, notamment à celle de Chrobak, de Fritsch, de Zweifel et de Richelot (1).

Désinfection comme à l'ordinaire. Il faut que la malade occupe la position, à bassin soulevé, de Trendelenburg, qui permet de manœuvrer avec la plus grande facilité jusqu'au fond du petit bassin.

La tumeur ayant été attirée hors du ventre, je commence par lier les annexes gauches en dehors de l'ovaire ; je place une pince hémostatique près du bord de l'utérus, et je coupe le ligament large à un centimètre en dedans de ma ligature. Il est bien entendu que cette section, tout comme les sections suivantes, ne peut entamer que le faisceau de tissu comprimé par la ligature. Au moyen de l'aiguille de Deschamps, je place une seconde ligature, embrassant le reste du ligament large, depuis le point où le premier fil a été placé, jusque tout contre le bord de l'utérus, puis je divise le ligament large dans toute l'étendue de cette ligature. Pour placer mon troisième fil, je me sers d'une aiguille de Deschamps à pointe acérée, permettant de traverser aisément le tissu utérin. La troisième ligature comprend cette partie du bord de l'utérus, dans laquelle rampent l'artère et la veine utérines ou les branches de ces vaisseaux. Après avoir coupé le faisceau lié, je pratique de la même manière la section des annexes du côté opposé. De cette manière la tumeur ne tient plus que par un pédicule dans lequel ne se trouve plus aucune artère importante. Alors je dessine, et je détache de la face antérieure de l'utérus, un lambeau péritonéal qui me permettra plus tard de recouvrir la surface du moignon. Je coupe le pédicule et j'excise profondément la muqueuse utérine. Il ne me reste plus qu'à réunir par une suture continue, à la soie fine, les deux lames péritonéales du ligament large, de manière à emprisonner les ligatures qui ont été placées sur ce ligament. Arrivé au bord de l'utérus, je recouvre la surface de section du pédicule avec mon lambeau

(1) *Annales de gynécologie*, 1893, p. 548.

péritonéal, que je suture au bord postérieur du moignon, et je termine par la suture séro-séreuse du ligament large du côté opposé. L'opération terminée, le moignon utérin fait à peine relief sur le niveau du péritoine pelvien.

Si l'on admet avec M. Richelot que « le meilleur pédicule présente encore des inconvénients, sinon des dangers », il est logique de le supprimer et de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale. Mais je ne puis, pour ma part, admettre cette proposition sans réserves. Assurément, nos anciens pédicules, longs de plusieurs centimètres, troublés dans leur vascularisation par la constriction élastique provisoire, en partie nécrosés par l'application du thermo-cautère et l'introduction de sutures multiples, exposaient nos malades au double danger de l'hémorrhagie et de l'infection septique. Mais il n'en est plus de même de ces petits moignons secs, à peine gros comme le pouce, que nous avons appris à façonner et que nous recouvrons, par surcroît de précaution, d'un lambeau péritonéal. Suppression de l'emploi du lien élastique provisoire ; ligature correcte des artères ovariques et utérines ; suture séro-séreuse du ligament large d'un bout à l'autre du petit bassin, en ayant soin de comprendre dans cette suture la surface de section du pédicule utérin, tels sont, me semble-t-il, les avantages que présente la méthode que je viens de décrire.

La justesse de ces considérations est corroborée par les résultats que j'ai obtenus. La série des opérations que j'ai faites par mon procédé de traitement intra-péritonéal comprend *vingt-six cas*. Je n'ai perdu qu'une malade, mais dans des conditions telles que ni l'hystérectomie, ni la méthode ne saurait être incriminée. Toutes mes autres malades ont eu une convalescence normale, apyrétique. J'attache la plus haute importance à cette constatation, qui me paraît donner la mesure exacte de la bénignité de l'intervention opératoire. Chez la plupart de mes opérées, j'ai observé un pouls fort lent, parfois plus lent qu'avant l'opération, un pouls tel qu'on l'observe souvent après des accouchements

normaux, Les suites ultérieures, non plus, n'ont rien laissé à désirer. De toutes les malades que j'ai revues ou qui m'ont donné des nouvelles, après leur départ, il n'en est pas une seule qui ait accusé la plus légère souffrance. Toutes se sont déclarées radicalement guéries.

Je ne veux pas ennuyer les lecteurs des *Annales de gynécologie* par la description de mes vingt-six observations. Toutefois il en est qui présentent un certain intérêt.

Dans la *première observation*, j'ai encore appliqué le lien élastique provisoire et j'ai cautérisé le moignon avant de le coiffer du lambeau péritonéal. La malade, une jeune fille de 32 ans, eut une convalescence parfaite. Son myôme pesait 3 kilogr.

Ma *seconde opérée* n'avait pas de myôme, et c'est une erreur de diagnostic qui m'a amené à pratiquer l'amputation supra-vaginale de l'utérus. C'était une petite femme très maigre, très chétive, qui gardait le lit depuis plus d'un mois, perdant en abondance tantôt du sang mélangé de caillots, tantôt du liquide roussâtre, très fétide. Elle était âgée de 54 ans, et le dernier de ses 13 accouchements datait de plus de douze ans. A l'examen, je trouvai le col long, entr'ouvert; le corps de l'utérus était notablement augmenté de volume, sphérique, tendu. Croyant soit à un myôme gangrené, soit à un cancer du corps de l'utérus, je fis la laparotomie, sans pousser plus loin mes investigations, et je pratiquai l'amputation supra-vaginale de l'utérus, suivant le procédé que je viens de décrire. Durée de l'opération : 30 minutss. La cavité utérine renfermait une môle vésiculaire.

La convalescence de ma malade fut marquée par un accident assez rare. Le dixième jour, la plaie abdominale, dont j'avais enlevé les sutures quelques heures auparavant, se rouvrit dans toute sa longueur, mettant à nu l'épiploon et les anses intestinales. La plaie fut suturée avec soin, une deuxième fois, et la malade fit une nouvelle convalescence normale.

Mes *quatre observations suivantes* n'offrent rien de saillant.

Ma *septième opérée* succomba, comme je l'ai déjà dit, à une infection accidentelle, indépendante du pédicule. Je lui avais enlevé, sans aucune difficulté, un myôme de 5 kilogr., lorsqu'à la fin du troisième jour, elle fut prise de fièvre, avec pouls fréquent, mais sans vomissements ni météorisme. La fièvre augmenta les jours suivants, et la malade succomba le septième jour après l'opération. A l'autopsie, je trouvai une volumineuse collection purulente, très fétide, entre l'épiploon et la paroi abdominale antérieure. Au fond du petit bassin, pédicule intact. Or, j'avais opéré l'avant-veille une malade atteinte de cancer du col de l'utérus, chez laquelle le corps de la matrice, par suite de sténose de l'orifice interne, était distendu par une énorme quantité de pus. Dans les deux cas, le pus avait la même consistance, la même couleur, la même odeur fétide. Bien qu'aucun examen bactériologique n'ait pu être fait, je n'hésite pas à attribuer cet accident à une infection provoquée par inoculation du pus de ma première opérée. Cette manière de voir est corroborée par ce fait, qu'ayant pratiqué près de 400 laparotomies, je n'ai jamais observé d'accidents analogues : j'ai plusieurs décès par infection septique à regretter, mais jamais, sauf dans le cas présent, je n'ai observé de péritonite purulente, ni généralisée, ni circonscrite.

Ma *huitième opérée,* âgée de 54 ans, non mariée, présenta un accident que j'ai encore observé dans ma vingt-quatrième observation. Je lui avais enlevé un myôme de 4 kilogr. et demi, et elle se portait fort bien, avec un pouls à 72 et une température normale, lorsque, le dixième jour, en enlevant le pansement, pour ôter les fils, je trouvai, entre les deux sutures supérieures, une masse rouge, étalée en forme de champignon, et constituée par une hernie de l'épiploon. Après m'être assuré qu'aucune anse intestinale n'était engagée dans la tumeur, je réséquai la masse herniée au-devant d'une double ligature au catgut. Suites normales.

Mes *cinq observations suivantes* ne présentent aucun intérêt.

Dans la *quatorzième*, il s'agissait d'une femme, âgée de 54 ans, qui portait depuis des années un volumineux myôme, lorsqu'elle fut prise brusquement d'un violent accès de péritonite, avec météorisme, vomissement, fièvre à 40° C., pouls fréquent, à 140. Je lui enlevai sa tumeur, la fièvre tomba dès le lendemain. Le myôme pesait 6 kilogr., et il était le siège d'une infiltration œdémateuse fort prononcée.

Parmi les douze observations qui restent, les trois dernières seules méritent une mention particulière.

Dans la *vingt-quatrième observation,* il s'agissait d'une malade, atteinte de tuberculose pulmonaire chronique fort avancée. La tumeur qu'elle portait dans le ventre avait pris en quelque temps un volume considérable ; cette tumeur était régulière, arrondie, rénitente et même fluctuante par endroits. Ces considérations avaient fait pencher le médecin traitant vers le diagnostic de kyste ovarique. De mon côté, eu égard aux renseignements fournis par l'exploration bimanuelle, je crus à un myôme œdémateux. Le développement rapide de la tumeur nous parut une indication suffisante pour intervenir. Il s'agissait bien d'un myôme œdémateux du poids de 7 kilogr., la malade supporta fort bien l'opération. Seulement, à la suite d'efforts de toux incessants, il se produisit une petite hernie épiploïque, qui fut réséquée sans accidents.

Ma *vingt-cinquième observation* concerne une malade atteinte d'un volumineux myôme, compliqué de grossesse à trois mois environ. Amputation supra-vaginale de l'utérus gravide. Convalescence normale.

Dans ma dernière opération, qui est la plus intéressante, j'ai pu enlever facilement et traiter suivant ma méthode un myôme intra-ligamentaire de 7 kilogr., qui soulevait la vessie jusque près de l'ombilic. Voici la marche de l'opération : après ligature et section bi-latérale des annexes, énucléation de la tumeur par une incision transversale du péritoine d'enveloppe, pratiquée au-dessus du sommet de la vessie. Cette décortication achevée, il me fut aisé de lier et

de couper les artères utérines le long des bords de l'utérus. La section du col utérin, et la suture du lambeau péritonéal antérieur au bord postérieur du moignon terminèrent l'opération. Convalescence parfaite.

L'OSTÉOMALACIE PUERPÉRALE

Par le Dr **Guillaume Rossier**, Privat docent de gynécologie à l'Université de Lausanne.

La nature et le traitement de l'ostéomalacie ont été, ces derniers temps, l'objet d'études spéciales qui sont venues éclairer certains points encore obscurs de cette curieuse maladie. Je n'ai nulle intention de présenter ici l'histoire de cette affection, déjà imparfaitement connue des médecins grecs et arabes, et décrite seulement au commencement de ce siècle par Kilian ; après lui, les publications se multiplièrent si bien qu'en 1861 Litzmann pouvait en rassembler 131 observations et que 12 ans après Hennig en publiait 149 nouvelles. Dès lors, l'intérêt étant éveillé, on ne les compte plus. De tous côtés surgissent des publications sur la répartition géographique, l'étiologie, l'histologie, enfin le traitement de l'ostéomalacie, et, chose curieuse à dire, le moyen presque infaillible de la guérir a été trouvé alors que l'on n'est pas encore d'accord sur sa nature intime.

Je ne parle ici que de l'ostéomalacie puerpérale qu'il faut distinguer des cas très rares de ramollissement osseux en dehors de la grossesse et des couches.

Le début de la maladie, son caractère insidieux sont connus : douleurs lancinantes, indéterminées dans le dos, les hanches, les régions inguinales, augmentées par la marche ou la pression, et s'étendant peu à peu au thorax, aux épaules, aux fémurs.

On a décrit la démarche du tabes, de la paralysie agitante, de la pseudo-hypertrophie musculaire ; l'ostéomalacie a aussi la sienne propre. Les deux éléments de cette démarche

sont la douleur et les modifications pelviennes; d'un côté les malades, pour éviter tout choc, tout mouvement rapide traînent les pieds, en les glissant sur le sol ; de l'autre, les acétabula étant déplacés, elles ne maintiennent leur équilibre qu'en portant le corps en avant, en immobilisant les cuisses et en fauchant, pour ainsi dire, alternativement avec chaque côté du bassin.

Enfin, la marche devient impossible, tout attouchement est douloureux. La malade ne quitte plus le lit; son immobilité forcée entraîne parfois le décubitus et ses conséquences.

Les déformations du thorax favorisent les bronchites et la phtisie.

L'augmentation des réflexes, décrite d'abord par Trousseau, vient s'ajouter à ce tableau; les contractures fréquentes des adducteurs, et la paralysie des iléo-psoas ont été notées récemment par Latzko.

Les déformations pelviennes ne sont pas toujours, comme on le croit, le symptôme prédominant; j'en ai vu d'énormes comme, par exemple, un bassin réduit au diamètre transverse de 2 centim. à son aperture inférieure, mais toujours leur degré dépend du moment où la malade a cessé de marcher.

Souvent une ostéomalacie débutante a été traitée comme rhumatisme ou maladie médullaire, jusqu'à ce que les déformations du thorax et du bassin soient venues éclairer le diagnostic.

D'habitude la maladie avance par étapes que marquent es grossesses, et chaque fois c'est une exacerbation de plus en plus forte des symptômes. Enfin, la mort survenait presque toujours (il n'en est plus de même aujourd'hui) soit par dystocie, soit par le marasme.

Les faits que je viens de rappeler brièvement sont bien connus.

L'origine de la maladie, par contre, n'est pas encore parfaitement élucidée, malgré le zèle qu'on a mis à la rechercher,

mais je crois pouvoir affirmer que les dernières observations faites à ce sujet nous rapprochent d'une solution.

On sait depuis longtemps que l'ostéomalacie se trouve à l'état endémique en certains pays comme la Suisse, le Sud de l'Allemagne, de l'Italie, l'île de Schütt (Pressbourg), tandis qu'elle ne se rencontre jamais ou que très rarement dans le Nord de l'Europe, ce qui fit penser, comme pour le goître, à la composition de l'eau de ces diverses contrées et à son plus ou moins de sels calcaires. Les résultats des analyses n'ont amené à aucune conclusion.

L'humidité des habitations invoquée comme facteur étiologique a eu le même sort.

Par contre la grossesse, les couches et la lactation sont des circonstances prédisposantes qui ne font presque jamais défaut, mais n'expliquent pas l'origine de la maladie.

Je mentionne en passant la diminution d'alcalinité du sang constatée dans plusieurs cas avancés et indiquant un trouble profond de la nutrition.

Heusser a attiré l'attention sur une autre modificatien du sang, caractérisée par l'augmentation des cellules éosinophiles avant la castration et par leur diminution après l'opération. Ce phénomène parle pour une affection vasculaire ou sympathique puisqu'on le retrouve dans certaines maladies cutanées, dans la tétanie, l'hémicranie, les psychoses menstruelles.

Il était logique de penser que les urines fourniraient une réponse précise sur la déperdition de l'organisme en sels de chaux ; mais l'élimination journalière moyenne par l'urine ne comportant que 0,5 gr. les différences eussent été trop minimes pour permettre de tirer une conclusion. Je me bornai donc à déterminer, dans plusieurs cas d'ostéomalacie, la quantité d'acide phosphorique contenue dans l'urine avant et après la castration ; d'autre part j'ai déterminé l'acide phosphorique contenu dans l'urine des malades non ostéomalaciques qui, ayant subi la laparotomie, étaient soumises au même régime que les premières ; j'ai le regret de dire que

ce fut peine perdue; les variations que j'ai constatées étaient trop insignifiantes pour avoir une valeur étiologique quelconque.

Dans notre siècle de microbes, il était à prévoir que les recherches se porteraient dans cette direction. Un observateur distingué, Löhlein, a démontré l'absence de micro-organismes dans les os et les ovaires, d'autres en ont fait autant pour le sang des ostéomalaciques.

Ce fait annule la prétention de Pétrone à voir des agents de processus ostéomalacique dans les microorganismes de la nitrification que Winogradsky a découverts dans le sol. Ce même collègue voit dans le chloral un agent curateur de l'ostéomalacie, le chloroforme ayant, d'après lui, une grande influence sur les germes de nitrification. Il va plus loin encore; tous les cas guéris par la castration ou le procédé de Porro l'auraient été, selon lui, non par ces opérations elles-mêmes, mais par le chloroforme administré à la malade. Petrone oublie combien d'opérations césariennes conservatrices ont été faites aux ostéomalaciques sous l'influence du chloroforme, sans guérison, et combien de castrations suivies de guérison ont été pratiquées avec l'éther dans ces derniers temps pour la même maladie. Fehling et d'autres ont contrôlé cette méthode de traitement et leurs conclusions ont été absolument négatives.

Nous venons de passer en revue les résultats de l'examen du sang et des urines, ainsi que la question microbienne. Nous arrivons aux organes où l'on a constaté d'assez profondes modifications.

Das sa belle étude sur les os ostéomalaciques, von Recklinghausen range cette maladie au nombre des affections inflammatoires; à l'état normal, la restitution et la destruction du tissu osseux s'équilibrent; ici la destruction domine, et surtout aux places exposées aux plus fortes pressions.

Ajoutons, pour être complet, que la présence d'acide lactique dans les os comme substance dissolvante, admise autrefois, est niée aujourd'hui.

Après les résultats si étonnants de la castration, il semblait naturel de faire aussi l'examen microscopique des ovaires. J'ai entrepris ce travail et suis arrivé aux mêmes résultats que von Velits dont les observations parurent avant la publication de mes recherches dont voici un court résumé.

.. La couche épithéliale de l'ovaire ne présente rien d'anormal.

Dans la substance corticale j'ai constaté par comparaison, à diverses reprises, que le nombre des follicules correspond parfaitement à celui de l'ovaire normal d'une femme de même âge.

Les modifications les plus notables se trouvent dans la substance médullaire. L'augmentation en nombre et en volume des vaisseaux sanguins m'a frappé dès l'abord. A certaines places on n'aperçoit qu'une agglomération de vaisseaux. Tantôt leurs parois sont d'épaisseur normale, plus souvent leurs tuniques moyenne et externe sont remarquablement épaissies et se montrent sous forme de couches concentriques avec des noyaux nombreux et bien colorés. Tantôt encore les couches concentriques ont disparu, leurs noyaux ne se distinguent plus et la paroi du vaisseau se compose d'une masse hyaline, homogène, brillante. Les noyaux qui persistent le plus longtemps sont ceux de l'endothélium.

Outre les modifications profondes et si remarquables de la paroi vasculaire, on voit des régions où même le tissu connectif qui porte les vaisseaux a subi cette dégénérescence hyaline (1).

Nous voyons ainsi que les différents éléments de l'organisme ont été passés au crible pour trouver l'origine de l'ostéomalacie.

Faisons maintenant notre état de situation. Qu'avons-nous

---

(1) Pour plus de détails voir : *Archiv für Gynäkologie*, Bd. XLVIII, H. 3, 1895. Anatomische Untersuchung in Fallen von Osteomalacie, von Dr ROSSIER.

acquis par ces recherches multiples ? Destruction de la substance osseuse ; dans les ovaires, dégénérescence hyaline des vaisseaux ; augmentation des cellules éosinophiles et diminution de l'alcalinité du sang ; rapport éclatant entre l'ovulation, la grossesse, les couches et l'ostéomalacie.

Ces résultats nous conduisent au fait si frappant de la guérison radicale de l'ostéomalacie par l'extirpation des ovaires.

Le 4 janvier 1887, Fehling fit la première castration dans un cas d'ostéomalacie. Elle fut suivie d'un plein succès. Il avait remarqué que toutes les opérées par la méthode de Porro (extirpation de l'utérus et des ovaires) qui avaient survécu à l'opération, avaient été complètement guéries de leur affection osseuse, tandis que l'opération césarienne faite d'après la méthode conservatrice ne guérissait pas les malades. Il en conclut que la perte des ovaires, entraînant la cessation de l'ovulation, de la grossesse et de ses suites, produisait ce résultat favorable. Fehling avait ainsi tracé la voie ; beaucoup d'opérateurs s'y engagèrent après lui, et dès lors, sauf de rares exceptions, les guérisons n'ont cessé d'être aussi brillantes.

J'ai soigné une malade, complètement infirme depuis plus d'un an, couchée sur le côté gauche, repliée sur elle-même, les crêtes iliaques touchant les dernières côtes, incapable de faire le moindre mouvement, poussant des cris au moindre attouchement, qui le lendemain de la castration, avait presque perdu la sensibilité des os du thorax et qui, deux mois après l'opération, rentrait chez elle, marchant sans douleurs, appuyée seulement sur un bâton.

La guérison immédiate étant désormais un fait certain, on pouvait encore se demander si elle est définitive. La réponse vient d'être donnée par Fehling.

Sur 12 de ces cas qui ont pu être suivis, 10 sont guéris complètement depuis deux à sept ans ; 2 malades ont été assez améliorées pour pouvoir vaquer à leurs occupations et marcher sans que leurs douleurs aient toutefois absolument

disparu. Sur 5 opérées par la méthode de Porro, 4 sont complètement guéries et l'une a légèrement récidivé.

La littérature depuis 1887 a fourni à Truzzi 97 castrations pour ostéomalacie ; il indique 83 p. 100 de guérison complète pour 52 cas contrôlés pendant plus d'une année.

Ce chiffre concorde avec la statistique de Fehling qui donne 82 1/2 p. 100.

Nous pouvons donc aujourd'hui opposer 80 p. 100 de guérison de cette terrible maladie à la mortalité de 80 p. 100 accusée par Litzmann avant la castration.

Si la castration nous offre un remède certain, est-ce à dire que nous devions la pratiquer dans tous les cas d'ostéomalacie? A coup sûr, pas. Certaines règles d'hygiène ont modifié à la longue l'état sanitaire de quelques endroits où l'ostéomalacie était endémique, si bien qu'elle en a disparu. Mais nous avons à notre disposition un remède interne qui peut guérir au début : le phosphore.

Ce dernier, donné à la dose de 1 à 4 milligrammes par jour pendant plusieurs mois, devra être essayé en premier lieu. Si, au bout de quelques mois, le phosphore ne produit aucun résultat, la castration s'impose. Il n'est pas bon de tarder trop longtemps, car il s'agit d'éviter l'apparition de la tuberculose dans un organisme débilité, qui y est prédisposé par l'ostéomalacie.

S'il y a étroitesse pelvienne considérable, nous aurons à pratiquer, suivant les cas, l'avortement artificiel, l'accouchement prématuré ou plutôt l'opération césarienne par la méthode de Porro.

Les cas graves d'ostéomalacie sans grossesse qui résistent à tous les traitements internes, réclament impérieusement la castration.

Les succès obtenus récemment dans le traitement de certaines affections du sang par la moelle osseuse m'engageraient, vu les modifications du sang et des os que je viens de rappeler, à essayer dès la première occasion cette nouvelle méthode de traitement dans les cas d'ostéomalacie.

En terminant, je ne puis passer sous silence la théorie de Fehling qui répondait le mieux à l'ensemble des faits que je viens d'exposer. Pour lui, l'ostéomalacie est une trophoneurose des os, ayant son point de départ dans les ovaires et réagissant sur la constitution du sang par l'intermédiaire de la moelle osseuse. Le rapport de cette maladie avec les fonctions génitales est bien évident : elle ne se rencontre pas avant l'apparition des époques; les douleurs qui l'accompagnent sont souvent augmentées par les règles, et enfin quand, pour une cause quelconque, l'ablation des ovaires a été incomplète, il y a souvent des douleurs osseuses périodiques, revenant tous les mois avec ou sans l'apparition du flux cataménial.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT PAR LA VOIE VAGINALE ET L'ABLATION DE LA TROMPE MALADE DANS LES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES AVEC RUPTURE DU KYSTE FŒTAL

Par **R. Condamin** (de Lyon)
Professeur agrégé à la Faculté.

Nous nous proposons dans cet article de faire connaître et de vulgariser un point particulier de thérapeutique suivi à la clinique gynécologique de Lyon, à savoir le traitement par la voie vaginale des hématocèles et des grossesses extra-utérines accompagnées de rupture du kyste fœtal, ce qui généralement est tout un, avec ablation de la trompe rupturée. Nous laissons, bien entendu, de côté les cas où le kyste tubaire fœtal est intact et doit être l'objet, suivant son volume, d'une intervention par la voie abdominale, s'il est libre, comme un kyste de l'ovaire, ou d'une ponction avec débridement vaginal, s'il est petit et inclus dans le cul-de-sac de Douglas.

Il est admis, d'une façon générale actuellement, que neuf fois sur dix les hématocèles pelviennes ne sont pas autre

chose que des grossesses extra-utérines interrompues par la rupture du kyste tubaire. Il en serait de même aussi pour les hémato-salpinx. C'est un point qui a été bien mis en relief par les interventions précoces pratiquées par voie abdominale et aussi par les examens histologiques des trompes enlevées. Pilliet, de Paris, a insisté sur ce fait. C'est que, dans la grande généralité des cas, le fœtus constitué par une sorte de tissu mucilagineux sans consistance et sans résistance, était résorbé en totalité, sans laisser de traces de son existence, tandis que le placenta, au contraire, restait adhérent à la paroi tubaire et pouvait être révélé par un examen soigné, sous forme de villosités parfaitement reconnaissables au microscope. Quelquefois, une hémorrhagie intra-salpingienne vient interrompre la grossesse, et cet avortement tubaire se manifeste par un écoulement de sang à travers l'ostium uterinum d'abord et l'utérus ensuite. La gravité des symptômes locaux et généraux est faible ; le fœtus finit par se résorber, le placenta persiste plus longtemps et la guérison survient soit spontanément, soit par une intervention abdominale, ou plus simplement une ponction avec débridement vaginal par la méthode de Laroyenne. Je n'insiste pas sur cette première forme, pas plus que sur celle dans laquelle le fœtus continue à se développer sans rompre le kyste.

Dans une seconde catégorie de faits, la rupture de la trompe renfermant un fœtus de un à deux mois, se fait sans donner lieu à des troubles bien marqués : c'est généralement à l'époque d'une période menstruelle brusquement interrompue que survient l'accident: quelques douleurs plus ou moins irradiées, un peu de fatigue générale et tout rentre dans l'ordre; si l'on examine la malade à ce moment on constate dans le cul-de-sac de Douglas une collection du volume d'un poing, plus ou moins résistante, difficile à délimiter, qui guérit spontanément sous l'influence du repos et de quelques révulsifs. Il s'agit ici néanmoins d'une grossesse extra-utérine rompue, et le cas est fréquent. Si, au lieu de la résolution et de la résorption,

la suppuration survient par le fait d'un mauvais état général, d'une infection locale récente ou ancienne, l'intervention est de rigueur et la ponction avec le débridement vaginal aura raison facilement de cette complication qui reste dans le cadre des suppurations pelviennes qui viennent faire saillie vers le vagin en montrant au chirurgien la voie qu'il doit suivre. C'est donc une erreur absolue de croire que toute grossesse extra-utérine doive se terminer par un cataclysme, c'est-à-dire par une hémorrhagie souvent foudroyante, toujours extrêmement grave. La chose cependant peut arriver et l'épanchement sanguin peut déterminer une hématocèle survenant en une ou plusieurs poussées et remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. Les symptômes généraux sont graves en telle occurrence. La malade présente un état anémique pouvant aller jusqu'à la syncope ; il survient fréquemment des vomissements dus tout autant aux phénomènes d'anémie cérébrale que d'irritations péritonéales par les caillots sanguins. A lire les classiques, la malade est perdue si le chirurgien n'intervient pas à ce moment pour arrêter l'hémorrhagie, et si une laparotomie n'est pas pratiquée d'emblée sur une malade moribonde. C'est contre cette dernière affirmation et contre la laparotomie d'urgence, c'est-à-dire presque toujours faite dans de mauvaises conditions d'antisepsie, que je tiens à protester en me basant non seulement sur une expérience personnelle encore bien courte, mais surtout en m'appuyant sur la longue pratique de mon excellent maître, le professeur Laroyenne.

Le professeur Laroyenne a eu un très grand nombre de fois l'occasion d'observer ces ruptures tubaires avec phénomènes cataclysmiques, suivant l'expression de Barnes : jamais il n'a vu les malades succomber à l'hémorrhagie quand on les laissait au repos et dans une position immobile. Les symptômes généraux sont évidemment graves ; les malades syncopent fréquemment, leur pouls est à peine perceptible, leur face blanchie par l'anémie les fait presque ressembler à des cadavres. Mettez-les au repos, la tête un

peu basse, le ventre recouvert d'une vessie de glace et vous les verrez petit à petit revenir à elles-mêmes. La femme fait si facilement du sang! Au bout de quelques jours les conditions opératoires seront tout autres. D'abord l'épanchement sanguin se sera *limité* par des adhérences qui se seront formées entre les anses intestinales qui, d'abord flottantes au-dessus de ce caillot colossal, se sont ensuite agglutinées entre elles. L'hémorrhagie s'est arrêtée d'elle-même, parce que d'abord des caillots sont venus oblitérer les vaisseaux déchirés en même temps que la trompe, et ensuite parce qu'au bout d'un certain temps la pression abdominale, augmentée par la présence de l'épanchement, arrive à faire équilibre à la pression sanguine qui, elle, au contraire, par le fait de l'hémorrhagie, a diminué. Cet arrêt spontané de l'hémorrhagie, surtout s'il s'agit de grossesses extra-utérines des premiers mois, est important à connaître ; car c'est sur lui qu'est basée la thérapeutique rationnelle de l'affection. Les partisans de l'intervention immédiate par la laparotomie prétendent que l'hémorrhagie n'a pas de tendance à s'arrêter, c'est faux. Le fait pourrait être vrai s'il s'agissait d'une rupture tubaire au cinquième ou sixième mois d'une grossesse extra-utérine ; mais on sait combien ce cas est rare; au contraire, les ruptures précoces sont très fréquentes et toutes les publications récentes sur ce point en font foi. La laparotomie dans de telles circonstances est, suivant l'expression de Laroyenne, une opération détestable ; c'est ce que je vais tâcher de démontrer. C'est une opération qui sera pratiquée sur des malades à peu près exsangues, qui supporteront mal une intervention, bénigne en temps ordinaire, mais grave sur une moribonde.

Au moment où le chirurgien intervient, l'hémorrhagie est généralement arrêtée ou sur le point de l'être par le mécanisme que j'ai indiqué. L'opération aura pour effet de faire cesser cette pression abdominale et d'enlever les caillots obstructeurs. Pendant tout le temps où l'opérateur enlèvera les caillots, cherchera le point qui saigne, point toujours

difficile à trouver, la malade perdra les dernières gouttes de sang qui l'empêchaient de tomber en syncope définitive. Je suppose que le chirurgien a été assez heureux, ou si l'on veut assez habile pour faire rapidement l'hémostase, il lui faudra encore, s'il ne veut perdre ensuite sa malade d'infection, faire une toilette soignée du péritoine, enlever des caillots souvent adhérents aux intestins et cela sur une malade dont le pouls est imperceptible.

Ce n'est pas tout encore : Dans le plus grand nombre des cas, il sera obligé de drainer largement avec un Mikulicz qui sera en même temps hémostatique et alors tous les dangers d'une infection secondaire, toutes les craintes d'une suppuration prolongée, toutes les appréhensions d'une éventration ultérieure devront hanter son esprit. Tel est le tableau un peu noir peut-être, mais en tous cas exact des dangers de la laparotomie; aussi M. le professeur Laroyenne en se basant sur ce fait que lui a appris son immense expérience, à savoir que dans la généralité des cas et la totalité de ceux qui surviennent pendant les premiers mois, c'est-à-dire les plus fréquents, l'hémorrhagie s'arrête spontanément, emploie-t-il le traitement suivant qui lui a toujours donné des succès : Il laisse la malade dans des conditions de repos absolu avec déclivité du corps du côté de la tête pendant tout le temps des grandes menaces ; il permet ainsi à la malade de se remonter en insistant sur les *moyens* habituels. Lorsqu'il n'y a plus de crainte du côté de la syncope cardiaque et qu'il peut compter sur un état général suffisant, la malade est endormie à l'éther et traitée suivant sa méthode générale de thérapeutique des collections pelviennes. Ponction avec le trocart spécial de M. Laroyenne : débridement vaginal avec le métrotome. Puis nettoyage aussi complet que possible du foyer hémorrhagique, ce qui présente sur la voie abdominale toute une série d'avantages :

En raison des adhérences formées par les anses intestinales au-dessus du foyer hémorrhagique, la cavité drainée par le vagin, restera jusqu'à un certain point en dehors de

la grande séreuse, ce qui n'a pas lieu avec la laparotomie. Le cul-de-sac recto-utérin constitue un point de déclivité maxima qui empêche aux liquides exsudés, aux caillots plus ou moins ramollis et incomplètement détachés de stagner dans la cavité abdominale.

Cette immense poche,hématique, quelquefois qui remonte au-dessus de l'ombilic, en communication avec le vagin qu'on arrive qu'incomplètement à désinfecter, semble effrayer les partisans de la voie abdominale ; mais ils ignorent que cette poche n'existe que tant qu'elle est pleine de caillots. Vingt-quatre heures après son évidement, elle n'existe plus ; les anses intestinales, la pression abdominale refoulent son dôme supérieur vers le vagin ; c'est ce que l'on constate de la façon la plus nette, quand on enlève l'éponge qui a servi à assurer l'hémostase. Ainsi se trouvent réduites à néant les appréhensions d'un drainage insuffisant. Les poches les plus volumineuses, ouvertes par la méthode de Laroyenne, c'est-à-dire par la voie vaginale, se comblent ainsi d'elles-mêmes.

La toilette de la cavité, peut être moins complète que si elle s'effectuait après la laparotomie et cela pour deux raisons : la première c'est qu'on reste en dehors de la grande cavité péritonéale ; la seconde, c'est que le drainage est établi au point de déclivité maxima. Néanmoins M. Laroyenne recommande de procéder dans ce genre d'intervention avec une minutie antiseptique toute particulière à cause de la possibilité et même de la facilité avec laquelle s'infecte une telle cavité. L'infection avec un bon drainage vaginal n'aurait que des inconvénients modérés ; mais c'est un fait certain, c'est que celle-ci arrive plus facilement après une hématocèle qu'après le débridement d'une collection purulente.

Je crois que dans les ruptures de kyste fœtal tubaire, il faut compléter la méthode de M. Laroyenne par l'ablation de la trompe rompue et de l'ovaire adjacent. Ces annexes pourront être dans certains cas la cause d'une nouvelle grossesse intra-utérine et ensuite pourront, s'il y a réten-

tion placentaire dans la trompe, amener un état de septicémie analogue à celui que l'on observe dans les rétentions utérines. Un autre point à considérer aussi est le suivant : si l'on laisse la trompe malade et l'ovaire, cause de la grossesse intra-utérine on aura à redouter pour l'avenir des phénomènes douloureux par suite de l'enclavement de ces organes dans les exsudats et les fausses membranes qui tapisseront la poche rétractée. C'est cette ablation d'annexes que nous avons, avec M. le professeur Laroyenne, pratiquée par le vagin dans trois cas et nous croyons avoir par cela même abrégé la durée du traitement, tout en mettant les malades à l'abri d'un accident de même nature.

Telle est la manière de voir et la conduite thérapeutique de M. le professeur Laroyenne. Il est facile de résumer en quelques propositions ces différents points :

1° La grossesse extra-utérine est la cause presque toujours des hématocèles.

2° La rupture d'un kyste fœtal tubaire est loin de s'accompagner toujours de phénomènes cataclysmiques et d'hémorrhagies foudroyantes comme le veulent les classiques; nombre d'entre elles passent inaperçues, d'autres donnent lieu à des hématocèles de petit volume; quelques-unes enfin donnent naissance à des épanchements plus considérables.

3° Les hémorrhagies consécutives à des ruptures tubaires survenues dans les premiers mois s'arrêtent spontanément.

4° L'intervention opératoire est contre-indiquée pendant la période cataclysmique. A moins qu'il ne s'agisse de rupture après grossesse extra-utérine datant de plus de quatre mois, ce qui est exceptionnel.

5° Il faut attendre que le foyer sanguin se soit bien enkysté et que l'état général de la malade, forcément très anémiée, se soit remonté.

6° L'intervention de choix est la ponction et le débridement vaginal avec ou sans ablation des annexes malades.

7° La voie abdominale doit être rejetée dans la généralité des cas, comme plus grave, moins efficace, entraînant un traitement prolongé avec menaces multiples pour le présent et l'avenir.

OBS. I. — *Salpingite suppurée. Ponction et débridement. Guérison. Grossesse extra-utérine (hématocèle). Nouvelle ponction. Ablation de la trompe par le vagin.* (CONDAMIN.)

Ch. M..., âgée de 21 ans, giletière, demeurant à Lyon, passage Saint-Pothin.

Bonne santé habituelle, réglée à 12 ans, et depuis assez irrégulièrement. A eu un accouchement à terme en 1893 ; a eu depuis une fausse couche et depuis ce moment souffre du ventre. Premier séjour à la Charité en mars 1894, où on lui pratiqua une ponction avec débridement par la méthode de Laroyenne, pour une salpingite suppurée. Pas d'incident, un mois après la malade était assez remise et rentrait chez elle. Elle ne souffrait plus du tout : en avril ses règles manquent : elle présente tous les symptômes d'un début de grossesse, qui ne l'étonne nullement. A la fin de mai, elle est prise brusquement de douleurs abdominales extrêmement vives avec tendances à la syncope et au collapsus.

On l'apporte à la Charité à peu près mourante. Le pouls était insignifiant : on ne juge pas une intervention opportune à cause de l'état de faiblesse général. Repos absolu. Glace sur le ventre qui est météorisé, potion stimulante.

Le lendemain et le jour suivant l'état général s'améliore. On constate une masse volumineuse occupant le cul-de-sac gauche et le cul-de-sac rétro-utérin. La tuméfaction remonte jusqu'à environ deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

28 mai. Ponction et débridement par la méthode de Laroyenne. Il s'écoule une grande quantité de sang noirâtre avec des caillots. M. Condamin, après la toilette de la cavité hématique avec l'éponge, fait l'exploration de la poche et réussit à amener dans le vagin une masse molle adhérente aux parois latérales : On en fait l'excision après avoir placé une pince courbe sur le pédicule : on s'aperçoit alors manifestement qu'il s'agit d'une trompe rompue, présentant dans un point de sa cavité une petite masse granuleuse ayant toutes les apparences d'un placenta.

Une éponge est placée dans la cavité pour arrêter l'hémorrhagie, qui est assez abondante.

L'état général de la malade reste assez précaire pendant quelques jours, puis elle reprit le dessus et rapidement la grande cavité hématique diminua de volume.

18 juin 1894. La malade quitte le service ; elle ne souffre plus et marche sans peine. La grande cavité précédemment ouverte ne peut contenir qu'une mèche de gaz iodoformée assez petite.

25 juillet. La malade est revue La dernière mèche de gaze iodoformée est tombée et la cavité complètement oblitérée.

La malade a repris son travail et sa vie habituelle qui paraît sujette à caution au point de vue des ménagements génitaux qu'on lui recommande.

16 octobre 1894. La malade est revue. Les culs-de-sac sont souples à la pression. L'état général de la malade s'est complètement transformé. Elle marche plusieurs heures sans souffrir. Elle fait de grandes difficultés pour se laisser examiner, disant qu'elle n'est plus malade.

Obs. II. — *Grossesse extra-utérine. Rupture du kyste tubaire. Ponction. Débridement vaginal. Ablation de la trompe rompue.* (Laroyenne.)

R. S..., 43 ans. Bonne santé habituelle, toujours bien réglée. A eu quatre enfants et des couches toujours normales. Il y a trois mois (juillet 1894) ses règles n'ont pas paru. Les seins ont grossi un peu. Pas de troubles digestifs sympathiques.

Au milieu de septembre 1894, elle est prise brusquement d'une douleur très vive dans le bas-ventre qui l'oblige à garder le lit. Huit jours après, nouvelle poussée douloureuse avec affaiblissement progressif.

Troisième poussée le 4 octobre 1894.

On l'apporte très gravement malade à la Charité.

Elle prend des syncopes fréquemment : on la met au repos absolu, la tête un peu basse, en raison de l'état d'anémie cérébrale qu'elle semble présenter.

On constate à un examen forcément un peu superficiel, qu'il existe un peu d'empâtement dans le cul-de-sac de Douglas, qui est douloureux. Pas de pertes sanguines sous l'influence du repos, son état s'améliore, mais elle présente un peu de fièvre.

17 octobre 1894. A l'examen, on constate dans le cul-de-sac postérieur et un peu à gauche, une masse rénitente, deux dans certains points paraissent former corps avec l'utérus à la pression.

Opération. — La malade quoique encore assez faible est endormie à l'éther. Ponction et débridement par la voie vaginale. Écoulement d'abord d'un liquide noirâtre, sanguinolent. On extrait avec une cuiller une certaine quantité de gros caillots, plus ou moins adhérents aux parties voisines : A ce moment, par l'orifice vaginal, il s'échappe un fœtus de 4 à 5 centimètres bien constitué. En arrière de l'utérus, on sent une masse plus résistante à laquelle est accolé un ovaire : On l'attire dans le vagin avec une pince fenêtrée. On s'aperçoit qu'il s'agit d'une trompe rompue. On place un fil sur le pédicule tubo-ovarien et on enlève le tout au-dessus de la ligature.

Éponge imbibée de pétrovaseline iodoformée à cheval sur le débridement vaginal. Pas d'hémorrhagie.

Le 18. La malade va très bien. On enlève la pince et l'éponge hémostatique : on constate que la grande cavité qui renfermait les caillots est complètement revenue sur elle-même et affleure presque la paroi postérieure du vagin. On place à ce niveau une mèche de gaze iodoformée.

Le 24. L'état général de la malade sensiblement remonté : Du côté de la plaie vaginale, il ne reste plus qu'un très faible trajet qu'on maintient béant.

25 janvier. La malade est revue à la consultation gratuite. Elle va parfaitement bien, ne souffre plus du ventre quoiqu'elle n'ait pas l'air de se trop ménager.

Obs. III. — *Hématocèle (grossesse extra-utérine rompue). Ponction et débridement vaginal. Ablation d'un ovaire malade.* (Condamin.)

F. M..., 24 ans, demeurant à Lyon, avenue de Saxe, 239. Entrée à la Charité le 11 octobre 1894, dans le service de M. Laroyenne.

Réglée à l'âge de 15 ans, ses règles, depuis cette époque, ont presque toujours été irrégulières, revenant presque deux fois par mois. A eu il y a onze mois une fausse couche. Bonne santé habituelle.

Le mois passé, ses règles sont venues 5 fois, alors qu'elles avaient manqué les 2 mois précédents.

Le 7 octobre 1894, elle a commencé à éprouver des douleurs assez vives dans le bas-ventre ; puis brusquement des irradiations extrêmement douloureuses sont survenues du côté gauche avec irradiation dans la région lombaire. Angoisse profonde ; tendances à la syncope. Teint extrêmement pâle, anémie profonde.

On l'apporte à la Charité, presque mourante : le pouls est à peine perceptible : la malade n'a pas sa connaissance : elle prend coup sur coup plusieurs syncopes.

Devant la gravité de cette situation, on attend pour intervenir : on la couche la tête très basse avec de la glace sur le ventre.

Piqûres d'éther.

Elle reste trois jours dans cet état : le pouls cependant avait repris un peu de consistance.

Le 15. Elle reprend connaissance, le pouls est passable et la malade commence à s'alimenter. On l'examine alors et l'on constate une collection volumineuse dans le cul-de-sac de Douglas. Collection remontant à l'ombilic. On attend encore deux jours pour intervenir.

Le 17. Ponction et débridement vaginal sans anesthésie à l'éther. Issue de caillots très nombreux au milieu desquels on trouve un œuf du volume d'une noisette, renfermant un fœtus parfaitement reconnaissable.

Toilette aussi soignée que possible de la cavité hématique. Un ovaire scléro-kystique est en prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas. On l'enlève par la voie vaginale, pour éviter les douleurs qui pourraient résulter de cette position vicieuse et des adhérences fœtales quand la poche se sera rétractée.

Il n'y a pas d'hémorrhagie. On place une éponge à cheval sur l'orifice vaginal.

Le 20. La malade va bien Pas de température. On enlève la pince qui était placée sur le pédicule ovario-tubaire. Il n'a été enlevé qu'une très faible partie de la trompe, dont la partie interne n'a pu être trouvée isolable.

15 décembre 1894. La malade est revue complètement guérie. Les culs-de-sac sont relativement souples. Elle ne souffre plus et marche bien.

OBS. IV. — *Hématocèle. Ponction et débridement. Ablation de la trompe malade par salpingo-ovariotripsie.* (CONDAMIN.)

P. J..., 28 ans, de Lorette (Loire), entre à la Charité le 30 octobre 1894.

Bonne santé habituelle jusqu'à son accouchement. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Un accouchement normal a 21 ans. A son retour de couches elle fut prise de douleurs assez vives. A cette époque elle dut rester quinze jours au lit.

Depuis elle a constamment souffert du ventre, surtout au moment des règles, qui l'obligent à se mettre au lit.

Il y a cinq semaines, elle fut prise brusquement de douleurs extrêmement vives, avec irradiations douloureuses dans les reins, les hanches et les cuisses. Nausées fréquentes, mais pas de vomissements. A ce moment elle présentait dans ses règles un retard de cinq semaines.

Elle se mit au lit, fut très malade, dit-elle, et y resta jusqu'à son entrée à la Charité.

A son entrée on constate un peu de ballonnement abdominal, avec facies pâle et tendance à la syncope. On sent une masse volumineuse dans le cul-de-sac de Douglas. Elle présente un état métrorrhagique qui n'a pas cessé depuis le début de son affection actuelle.

Les mictions sont douloureuses et fréquentes, et cela depuis le début de son affection.

Examen. Masse empâtée occupant tous le Douglas et le cul-de-sac latéral droit, douloureuse, assez nettement fluctuante.

21 octobre 1894. Ponction et débridement par la méthode de Laroyenne. Écoulement de sang coagulé. Toilette soignée de la poche hématique avec la cuiller et l'éponge. On trouve une trompe rupturée en un point, volumineuse qu'on ne peut que difficilement attirer dans le vagin. On enlève par salpingo-tripsie ce qu'on n'a pu enlever directement au-dessous du pédicule qu'enserre une pince courbe pour faire l'hémostase.

Pour parfaire l'hémostase, on place une éponge sur l'ouverture vaginale.

3 novembre 1894. On enlève l'éponge qui est remplacée par une grosse mèche de gaze iodoformée.

Le 15. La malade rentre chez elle allant très bien et ne souffrant plus.

5 janvier 1895. Suivant notre conseil la malade revient nous voir. Son trajet vaginal est comblé. Les culs-de-sac sont souples. Ses règles sont venues normalement il y a huit jours. L'état général est très bon et la malade est parfaitement satisfaite.

Obs. V. — *Hématocèle. Ponction. Débridement par la voie vaginale. Ablation de la trompe rupturée renfermant un placenta.* (Condamin.)

B. M..., 29 ans, demeurant à Lyon. Entre à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 5, le 17 janvier 1895.

Assez bonne santé antérieure. Menstruation régulière depuis l'âge de 15 ans. Règles bien abondantes et non douloureuses jusqu'à ces derniers mois. A eu un accouchement normal il y a huit ans.

Au mois d'octobre ont été beaucoup moins abondantes que normalement. A partir de ce moment elle commença à souffrir.

Leucorrhée très abondante surtout après la marche. Il y a deux mois nouvelle exaspération des douleurs qui siègent à droite et à gauche et s'irradient dans les cuisses et les hanches.

Le 11 décembre 1894 état de collapsus survenu brusquement, avec vomissements, ballonnement du ventre. Son médecin l'envoie à la Charité avec le diagnostic de péritonite.

A un examen sommaire on constate un empâtement diffus du cul-de-sac postérieur; en se reportant aux antécédents on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. La malade est mise au repos absolu, glace sur le ventre.

Les vomissements, l'état général grave persistent encore quelque temps. La température n'a jamais dépassé 38°,5.

Peu à peu le ballonnement disparaît.

Le 25. L'état général est meilleur. La malade est endormie à l'éther : on fait la ponction et le débridement du vagin.

Il s'écoule une grande quantité de liquide hématique et de caillots. On fait à la cuiller et à l'éponge une toilette soignée de la cavité hématique.

On constate en faisant l'exploration de la cavité une trompe rompue et volumineuse. On l'attire dans le vagin, on place une pince courbe vers son insertion utérine et on l'enlève.

Cette trompe présentait le volume d'une mandarine au niveau de l'insertion placentaire qui est très net.

Pas de température les jours suivants.

L'éponge hémostatique est remplacée au cinquième jour par de la gaze iodoformée.

Le 2 février, la femme s'apprête à rentrer chez elle allant très bien.

La poche est insignifiante : on continue néanmoins à la drainer par une petite mèche de gaze iodoformée.

NOTE SUR LA SYMPHYSE PUBIENNE

Par le Dr **Queirel** (de Marseille).

Quelques accoucheurs ont pensé que l'ankylose de la symphyse pubienne, l'ossification du cartilage interpubien, pouvait être un obstacle à la rapide exécution de la symphyséotomie. Pour quelques-uns, ce serait même une contre-indication! Pour d'autres, ce serait au moins la nécessité de mettre une scie à chaîne dans le plateau aux instruments.

Je ne me rappelais pas avoir vu des synostoses pubiennes, mais ne voulant pas opposer mon opinion à une autre, sans l'étayer de faits sérieusement constatés, j'ai recherché la fréquence de cette ankylose sur 200 bassins de cadavres de femmes de tous les âges, ayant eu ou non des enfants. Or, pas une seule fois je n'ai trouvé une ossification des pubis au niveau de l'article, pas une seule fois le bistouri n'a été arrêté dans l'articulation. Plusieurs fois, il est vrai, j'ai constaté que la symphyse n'était pas médiane, mais déviée à droite ou à gauche, plus souvent à gauche qu'à droite, de plusieurs millimètres, et même d'un centimètre. Je signalerai plus loin la seule particularité que j'ai rencontrée pouvant faire croire à une ankylose.

Voici maintenant ma statistique :

De ces 200 femmes, 135 avaient eu des enfants, 65 n'en avaient pas eu. D'après l'âge, elles se rangent dans l'ordre qui suit :

Au-dessous de 20 ans.	5	médianes.	0	déviée à gauche.	0	déviée à droite.
De 21 à 30 ans......	50	—	7	—	6	— —
De 31 à 40 —	39	—	4	—	5	— —
De 41 à 50 —	18	—	4	—	1	— —
De 51 à 60 —	16	—	3	—	3	— —
De 61 à 70 —	18	—	4	—	2	— —
De 71 à 80 —	10	—	1	—	2	— —
A 80 ans...........	1	—	—	—	—	— —
A 89 —	1	—	—	—	—	— —
	158		23		19	

La plus jeune de ces femmes avait 17 ans, la plus âgée 89 ans, l'extrême vieillesse. La seule particularité que j'ai remarquée est celle-ci : une fois, chez une femme de la série de 71 à 80, la symphyse était déviée à droite et ne pouvait recevoir le bistouri ; il y avait, en quelque sorte, emboîtement des deux angles supérieurs de l'articulation ; mais le scalpel porté de bas en haut est entré dans l'article et en est sorti facilement après l'avoir coupé en contournant cet emboîtement.

On pourra me faire l'objection que ces deux cents bassins étaient tous normaux et que je n'ai pas rencontré un seul bassin mal conformé ou pathologique, c'est-à-dire de ces bassins qui sont justement ceux sur lesquels on pratique le plus souvent la symphyséotomie.

Je ferai observer d'abord que le chiffre de 200 est déjà important, car les conditions d'observation ont été très diverses, mais j'ajouterai que de ma collection de la maternité, comportant 23 bassins viciés, quelques-uns à l'extrême, je ne puis citer un seul cas d'ankylose pubienne. J'ajouterai encore que sur les 12 symphyséotomies, faites dans mon service depuis 1892, pas une fois nous n'avons rencontré cette particularité. Voilà pour ce qui m'est personnel !

Dans les 60 symphyséotomies faites à Baudelocque, il n'a été relevé aucun cas d'ossification, ni non plus dans les 100 bassins, tous viciés ceux-là, qui ont servi aux mensurations de Pinard, dans sa thèse inaugurale.

Enfin Morisani n'a jamais rencontré non plus cette ankylose. Il ne la nie pas, mais il la croit tellement rare que c'est tout un. Voici un passage de son rapport, au congrès de Rome qui a trait à ce point :

« L'ossification de la symphyse fut rencontrée par Siebold ». Puis il se hâte d'ajouter : « Pour ma part, je n'ai jamais constaté une ossification complète de la symphyse pubienne, et je ne crois pas qu'on doive l'admettre dans tous les cas où l'on éprouve des difficultés à ouvrir l'articulation avec le bistouri. Très souvent, la difficulté provient de l'obliquité plus ou moins grande de la symphyse ou d'un amincissement considérable de la portion cartilagineuse interpubienne, qui fait qu'un bistouri très mince peut opérer facilement la section, tandis qu'un plus gros trouve des obstacles qu'il ne peut surmonter. »

Sans entrer dans d'autres considérations, et pour ne pas allonger cette note, je conclurai que ce n'est que très exceptionnellement que la symphyse est ossifiée, si tant est qu'on l'ait vraiment observée dans des conditions qui ne puissent laisser aucun doute. En tout cas, je ne connais pas d'exemple vérifié par l'autopsie. Au point de vue pratique, on peut donc ne pas trop se préoccuper de cette anomalie.

NÉPHROTOMIE POUR ANURIE DUE AU CANCER DE L'UTÉRUS (1)

Par M. le Dr **Jayle**, ancien interne des hôpitaux et M. **Labbé**, interne des hôpitaux.

L'anurie, due à l'obstruction des uretères, est une des terminaisons les plus fréquentes du cancer du col de l'utérus et détermine rapidement la mort de malades qui, sans cette complication, auraient pu vivre encore assez longtemps. Tantôt elle survient d'emblée et peut même être le premier

(1) Ext. de la *Presse médicale*, septembre 1895, p. 345.

symptôme d'un cancer utérin, tantôt elle apparaît après une période d'oligurie. Les cas d'anurie d'emblée sont rares, mais se rencontrent néanmoins, et les thèses de Mercklen (1) et de Warchaskaïa (2) en contiennent plusieurs exemples. Plus fréquents sont ceux d'anurie, suite d'oligurie.

La durée de l'anurie est en moyenne de cinq à huit jours, mais elle peut persister deux et trois semaines. L'observation de Tournié, citée dans la thèse de Merklen (3), en est un cas remarquable Une femme atteinte de squirrhe du col, dont la présence n'avait donné naissance à aucun symptôme, est brusquement prise d'une attaque d'anurie qui reste complète vingt et un jours; après une amélioration de courte durée, la mort survient huit jours plus tard.

Les périodes de rémission que l'on observe parfois ont une durée toujours courte et ne prolongent guère la vie des malades.

Contre cette anurie la thérapeutique médicale est désarmée, et jusqu'à ce jour les chirurgiens ne semblent pas être souvent intervenus.

M. le professeur Le Dentu nous paraît avoir pratiqué la première opération destinée à combattre les accidents urémiques aigus dus à la compression des uretères par un cancer utérin : le 16 janvier 1889, chez une femme de 33 ans, déjà hystérectomisée et en pleine récidive, il aboucha l'uretère gauche à la peau. La sécrétion urinaire disparue depuis sept jours, se rétablit aussitôt ; malheureusement, l'opérée s'affaiblit rapidement et succomba le treizième jour. Mlle Warchaskaïa et Trékaki (4), dans leur thèse, se basant sur le cas de M. Le Dentu, recommandent l'intervention, en particulier dans les cas d'anurie brusque : « la greffe de

(1) Le Dentu. *Traité des affections chirurgicales des reins et des uretères.* Paris, 1889, p. 808.

(2) Warchaskaia. Thèse, Paris, 1891.

(3) Merklen. *Étude sur l'anurie.* Thèse, Paris, 1881.

(4) Trékaki. *Du méat uréthral artificiel.* Thèse, Paris, 1892, p. 39.

l'uretère sur les téguments et la création d'un méat uréthral artificiel peuvent garantir aux opérées une survie prolongée ; notons que l'épithélioma du col de l'utérus, celui qui donne lieu à la plupart des obstructions de l'uretère, se généralise très peu, ce qui est une condition favorable. »

M. Picqué (1) a proposé et exécuté une opération plus simple que l'urétérostomie cutanée : le 6 avril 1894, il faisait à une malade cachectique, atteinte d'anurie absolue depuis dix jours, une néphrotomie qui donna une survie de trois mois et demi. Après l'avoir assisté dans cette intervention, nous l'avons imité à notre tour, convaincu de l'utilité d'une intervention chirurgicale en pareil cas.

La pathogénie de l'anurie, au cours d'un cancer utérin, est complexe. La suppression totale de l'excrétion urinaire peut être due à la compression ou à l'obstruction des deux uretères ou d'un seul. Quand un seul uretère est comprimé, l'anurie, du côté opposé, est d'origine réflexe. Si les deux uretères sont envahis et obstrués par la tumeur, trois cas peuvent se présenter : a) les deux uretères sont oblitérés simultanément et au même moment, et l'anurie survient parce que l'urine ne peu plus passer ni à droite ni à gauche ; *d*) un des uretères est complètement imperméable, l'autre permet encore l'excrétion de l'urine, mais s'obstrue progressivement à son tour ; c) un des uretères, envahi par la tumeur, est brusquement obstrué, et le rein du côté opposé est frappé d'anurie réflexe.

L'anatomie pathologique démontre que l'obstruction complète des deux uretères est excessivement rare ; la plupart du temps, l'un des uretères est encore perméable et l'autre n'est pas entièrement détruit. L'anurie ne semble donc pas due, dans la majorité des cas, à l'obstruction complète ni des deux uretères, ni même d'un seul. Nous pensons que, pour un des côtés, que l'uretère soit complètement libre ou déjà rétréci, l'anurie est d'origine réflexe la plupart du

(1) Piqué. De la néphrotomie dans certaines variétés d'anurie. *Huitième Congrès de chirurgie*, Lyon, 1894. Paris, 1895, p. 244.

temps. De l'autre côté, la suppression de la sécrétion urinaire survient et s'explique de la manière suivante : par suite de la marche lente de l'infiltration carcinomateuse, le calibre de l'uretère se rétrécit peu à peu, de telle sorte que l'urine ne s'écoule plus franchement dans la vessie. Il en résulte une accumulation d'urine au-dessus du rétrécissement, et par suite une dilatation lente et progressive du conduit uretéral. L'obstruction augmentant et l'écoulement de l'urine devenant par suite plus difficile, il s'ensuit que la pression de l'urine accumulée dans l'uretère devient de plus en plus forte et finit par atteindre un degré tel que la filtration urinaire n'est plus possible au milieu des glomérules. Ainsi se trouvent réalisées les conditions des expériences de Kammerer qui a montré très nettement que l'excrétion urinaire s'arrêtait dès que la pression de l'urine dans les uretères dépassait un certain degré.

En résumé, l'anurie s'explique d'un côté par l'action réflexe simple ou combinée à l'excès de tension, de l'autre simplement par l'excès de tension de l'urine accumulée au-dessus du rétrécissement urétéral. D'autre part, la colonne d'urine, pour peu que le rétrécissemment soit irrégulier ou flexueux, obture d'elle-même, mécaniquement, l'uretère, en appliquant l'une contre l'autre ou l'une sur l'autre les parois tortueuses de ce conduit rétréci. De la sorte, l'anurie n'a aucune tendance à disparaître, puisque la pression ne peut guère changer dans l'uretère. Si des rémissions surviennent, elles s'expliquent facilement par quelque modification passagère.

Cette pathogénie nous explique l'inanité du traitement médical, et nous montre en même temps le but que doit chercher le chirurgien.

Sans doute, on peut proposer de remédier radicalement à la cause même de tous les accidents en pratiquant la section de l'uretère au-dessus du rétrécissement et en l'abouchant dans la vessie. Cette uretérocystostomie n'est pas cependant à conseiller chez une cancéreuse. C'est une opération lon-

gue, délicate, et dont les résultats ne sont pas d'ailleurs des mieux établis. Mieux vaudrait créer une fistule lombaire urétérale, à l'exemple du professeur Le Dentu, mais la découverte de l'uretère peut être difficile et longue, et la durée de l'opération se trouve ainsi augmentée. Aussi préférons-nous la néphrotomie simple dont l'exécution est facile et ne demande que quelques minutes.

La néphrotomie, en annihilant la pression de la colonne d'urine retenue dans l'uretère, rétablit l'excrétion urinaire d'une part, et d'autre part peut rendre à nouveau perméable le rétrécissement urétéral. Inutile d'ajouter que l'anurie réflexe qui existe presque toujours disparaît aussitôt. Ainsi s'explique ce double fait qu'aussitôt après l'opération les malades urinent non seulement par leur fistule rénale, mais par leur vessie.

L'urine vésicale provient soit du rein non néphrotomisé qui était frappé d'anurie réflexe, soit du rein néphrotomisé lui-même, ainsi que le prouve la seconde des observations que nous rapportons : la malade a rendu en effet par le méat, le jour même de l'opération, de l'urine sanguinolente, provenant manifestement du rein opéré.

Nous croyons donc pleinement justifiée la néphrotomie dans les cas d'anurie pour cancer de l'utérus. C'est une opération d'urgence, analogue à la néphrotomie couramment pratiquée aujourd'hui pour l'anurie d'origine calculeuse ou autre.

L'opération est simple et rapide. L'indication est d'ouvrir le rein sur une faible étendue, de pénétrer jusque dans le bassinet et de fixer, si possible, l'organe à la paroi. Il n'y a pas de règle opératoire particulière à donner.

Quel rein faut-il choisir ? Celui atteint d'hydronéphrose, quand le fait se présente. Si les deux reins sont peu hypertrophiés, nous croyons qu'il vaut mieux néphrotomiser le droit, qui est plus facile à trouver.

Faut-il faire la néphrotomie double ? Nous ne le croyons pas, l'expérimentation et la clinique ayant amplement

démontré qu'un seul rein et même une portion de rein suffit pour l'excrétion urinaire.

Ce ne serait donc que secondairement qu'il faudrait avoir recours, et pour des raisons particulières, à l'incision du rein opposé.

Quant aux indications de la néphrotomie, elles nous paraissent devoir être très étendues. L'intervention doit être pratiquée chez toutes les malades, cachectiques ou non, atteintes d'anurie complète ou même de dysurie excessive.

Les résultats de l'opération sont ceux de toute opération palliative : disparition des accidents aigus, amélioration passagère et continuation des phénomènes de cachexie. Dans les deux opérations qui suivent, la survie a été de cent six jours et de dix-neuf jours ; dans une troisième, relatée dans la thèse d'Aumont, elle a été de soixante-treize jours (1).

OBS. 1. — Marie B..., 43 ans, entre le 27 juillet 1894 à l'hôpital Broca, salle A, n° 18, dans le service de M. le Dr Pozzi, que j'avais l'honneur de suppléer. La malade ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Relevons cependant qu'elle a eu sept fausses couches et un seul accouchement.

Il y a trois ans, ont apparu des métrorrhagies intermittentes qui depuis ont toujours persisté. Des douleurs sont survenues dans ces derniers mois, mais qui ne sont pas excessives. Lors d'un précédent séjour de la malade à l'hôpital, M. Pozzi diagnostiqua un cancer utérin inopérable et fit deux curettages successifs avec cautérisation au fer rouge, qui ne donnèrent pas une grande amélioration.

Dès le 16 juillet, la malade avait des mictions fréquentes et se plaignait d'une légère sensation de cuisson en urinant.

Le 24. La malade n'urinait plus une goutte. L'anurie est restée totale du 24 juillet au 6 août, c'est-à-dire pendant treize jours. Au

---

(1) JAYLE ET DELAFOSSE *in* F. AUMOND. *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'anurie due au cancer de l'utérus* (*Néphrotomie lombaire*). Thèse Paris, 1895, p. 58.

début, aucun phénomène grave d'anurie ne se produisit. La face était un peu bouffie ; il existait de l'œdème surtout aux membres inférieurs, mais peu marqué.

Quelques vomissements survinrent du 4 au 6 août : la diarrhée apparut le 6 août.

A la palpation des régions rénales, on trouvait le rein gauche plus abaissé que normalement et semblant augmenté de volume.

Du 27 juillet au 7 août, la température ne dépassa pas 37°, 8.

Après quelques hésitations, la malade finit par accepter mon intervention.

Le 6 août, je pratiquai la taille rénale du côté gauche seulement, pour des raisons que j'indiquerai plus loin.

Le bassinet n'était pas dilaté : je me bornai donc à l'incision du parenchyme rénal sur le bord libre et dans une étendue d'environ 4 centimètres. L'opération se fit très facilement : il ne s'écoula pas d'urine. Je ne tentai pas de faire la marsupialisation et je me contentai d'un drainage à la gaze iodoformée.

Le 7, le pansement est infiltré de sang et d'urine.

Du 7 au 11, l'écoulement d'urine par la plaie est très abondant. Amélioration de l'état général ; l'œdème disparaît.

Du 11 au 15, la malade urine par la fistule rénale la valeur de trois verres d'urine claire. Depuis ce temps, la quantité par le méat a beaucoup diminué, mais l'écoulement reste très abondant par la plaie.

6 octobre. Il ne reste dans la région rénale qu'une fistule qui fournit toujours de l'urine en très grande quantité. L'écoulement par l'uretère ne se fait que par intermittence. Les accidents anuriques ont complètement disparu : la température est normale, l'appétit est assez bon, mais la malade se cachectise de plus en plus (1).

Le 8. L'orifice de la fistule rénale se rétrécit et on met un drain. La cachexie se prononce de plus en plus. Les urines rendues par l'urèthre sont rares et albumineuses. Par la plaie lombaire, il suinte une assez grande quantité d'urine.

Le 30. Depuis quelques jours est apparu un peu d'œdème au membre inférieur gauche. La plaie lombaire conserve le même

---

(1) Cette partie de l'observation a été communiquée au Congrès de chirurgie de Lyon, 1894.

aspect ; il n'y a pas de suppuration. La malade est réduite à l'état squelettique et prend à peine de nourriture.

19 novembre. La cachexie est devenue extrême et la malade s'éteint dans l'après-midi, *cent cinq jours après l'opération.* Jusqu'au dernier jour, la fistule lombaire a donné de l'urine.

Autopsie. — L'autopsie montre que les deux uretères sont dilatés, comprimés, et envahis par le cancer utérin. Le rein droit est atrophié, rétracté et kystique. Le gauche présente des lésions analogues à celles que l'on constate sur le rein droit; le bassinet communique franchement avec la plaie lombaire ; il n'y a pas la moindre suppuration.

Examen des autres organes : cœur légèrement atrophié. Pas de lésions orificielles. Poumons : Pas de grosses lésions. Un très léger épanchement dans la plèvre droite. Rate normale.

Foie de consistance presque normale, renfermant quelques noyaux cancéreux à sa surface.

En résumé : néphrite double, atrophiante et généralisation.

Obs. 2. Marie D..., 32 ans, journalière, entrée salle Frascator C, n° 1, à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr de Beurmann, le 2 juin 1894.

Elle se plaint de métrorrhagie et de pertes roussâtres, fétides, qui ont apparu il y a trois mois. Peu de douleurs. Au toucher, on constate que le col est volumineux, fongueux, et présente tous les caractères de l'épithélioma utérin.

10 juin. Curettage et cautérisation au fer rouge, qui amènent les jours suivants la cessation des métrorrhagies.

31 juillet. Second curettage et cautérisation, les hémorrhagies ayant reparu. Celles-ci disparaissent à nouveau, mais bientôt surviennent des vomissements fréquents, bilieux, persistants, en même temps que la fièvre se montre et que de vives douleurs apparaissent dans le petit bassin et dans les lombes. Les urines ne renferment pas d'albumine mais ne sont pas très abondantes. En octobre les vomissements se calment un peu, mais reparaissent en novembre. La température reste élevée.

14 novembre. La malade se plaint de ne pas uriner depuis hier ; on la sonde, mais la vessie est vide.

Le 20. L'anurie continue ; les vomissements sont redevenus très féquents et surviennent toutes les demi-heures, nuit et jour. La malade sommeille continuellement, reste couchée sur le côté

droit, et se plaint de céphalée intense. Il existe un œdème assez marqué à la face, très peu accentué aux jambes.

Les pupilles sont légèrement dilatées. La température est toujours élevée.

Le 23. L'état général continue à décliner; la malade est plongée dans un état de torpeur dont on ne la tire qu'avec peine. L'anurie persiste complète et dure depuis dix jours. A l'examen des hypochondres, on constate du côté droit une tumeur un peu douloureuse, mobile, et qui semble être le rein augmenté de volume. Au toucher on trouve un utérus énorme, immobilisé, et qui remplit tout le petit bassin.

Le 24. *Néphrotomie lombaire.* Le rein est facilement trouvé et on le fixe par deux fils de soie. Incision de deux centimètres à peine sur le bord convexe du rein, puis introduction d'une pince de Lister jusque dans le bassinet et écartement des deux branches de la pince : il s'écoule aussitôt environ un demi-verre d'urine non fétide. Drainage du bassinet au moyen d'une mèche de gaze iodoformée. Suture de la majeure partie de la plaie.

L'opération a duré un quart d'heure.

Suites opératoires. — Des plus simples.

Le 24. La malade a vomi une seule fois, mais abondamment. Elle a uriné par la vessie environ 25 grammes d'urine sanguinolente.

Le 25. La malade a vomi depuis hier soir jusqu'à deux heures du matin. Elle a uriné spontanément par la vessie toutes les heures. Ce matin nous trouvons un demi-litre d'urine sanguinolente.

La température, qui était depuis près de trois mois au-dessus de 38 degrés, et depuis un mois aux environs de 40 degrés, est tombée ce matin à 37 degrés.

L'état général s'est amélioré, et la malade n'est plus dans un état de torpeur aussi accentué que ces jours derniers. Le pansement et les draps sont imbibés d'urine.

Le 26. La malade urine encore aujourd'hui un demi-litre d'urine peu sanguinolente. Vomissements toute la nuit pas dans la journée.

Pansément qui est entièrement imbibé d'urine.

Le 27. Urine rendue par la vessie : un quart de litre. Le pansement et le lit sont imbibés d'urine. Amélioration marquée. Plus de vomissements.

Le 28. Urine rendue par la vessie : un demi-litre, claire. Le pansement et le lit sont toujours imbibés d'urine comme les jours précédents.

L'amélioration continue: la malade demande à manger et prend du lait.

Le 29. Urine rendue par la vessie: un litre. Hémorrhagie assez abondante, qui nécessite un tamponnement.

Le 30. Urine rendue par la vessie : un quart de litre. L'urine s'écoule toujours abondamment par la plaie lombaire, qui est en parfait état. Pas la moindre suppuration.

2 décembre. Statu quo.

Le 6. La malade est abattue depuis deux jours et a un peu de T.: 38°,5. Elle n'urine plus par la vessie. La plaie lombaire donne issue à de l'urine trouble.

Le 9. L'urine qui sort par la plaie lombaire est rare et manifestement purulente. La plaie elle-même est en parfait état. La malade ne prend plus rien et sommeille continuellement.

Le 12. Mort dans le coma.

Autopsie. — L'autopsie montre le rein gauche atrophié et l'uretère très dilaté.

Le rein droit est quadruplé de volume et transformé en une éponge purulente. Pas de suppuration de la paroi.

Poumons un peu congestionnés à la base. Foie hypertrophié et gras. Rate normale. Cœur flasque et atrophié.

N. B. — L'infection rénale a été secondaire; elle est due manifestement aux pansements et par suite aurait pu être évitée. La survie, par suite de cette complication, n'a été que de dix-neuf jours.

REVUE CLINIQUE

I. — OBSERVATION DE MOLE HYDATIFORME DIAGNOSTIQUÉE (1)

Par le Dr **Jagot.**

La malade, âgée de 21 ans, présente les antécédents morbides suivants : mariée depuis quinze mois environ, elle a eu au mois de mai

(1) Les pièces ont été présentées à la Société de médecine d'Angers le 6 mai 1895.

dernier des douleurs utérines coïncidant avec une augmentation de volume de l'organe tel que le médecin qui la soignait alors pensait à une grossesse, malgré la persistance de l'écoulement menstruel plutôt plus abondant qu'auparavant. Ces symptômes disparurent pourtant et au mois de juillet l'utérus était redevenu normal.

Le 17 octobre 1894 les règles vinrent encore normalement ; le 15 novembre elle perd de quoi tacher grand comme la main de linge, puis nouvelle perte insignifiante le 1er décembre. L'utérus me paraissait déjà volumineux et j'affirmai un début de grossesse.

Depuis le milieu de décembre l'utérus a augmenté de volume de semaine en semaine : vers le 20, il atteignait l'ombilic et le 28 il le dépassait de deux travers de doigt, présentant de plus un développement plus considérable du côté de la corne gauche. En même temps se manifestaient des hémorrhagies quotidiennes, surtout nocturnes et présentant parfois une coloration d'un rouge brun analogue à celle du sang de la fin des règles.

Par le palper abdominal, on ne trouvait pas le fœtus ; l'utérus entier présentait non pas une fluctuation nette, mais une sorte de rénitence dont on se rendait encore mieux compte en pratiquant le toucher ; les culs-de-sac étaient remplis par l'utérus et le col se trouvait au milieu, ramolli, mais non effacé.

Après avoir pensé d'abord à une hydropisie de l'amnios, je ne tardai pas à rejeter ce diagnostic pour m'arrêter à celui de môle hydatiforme. C'est ce diagnostic que je présentai à mon confrère et ami le Dr Mâreau, appelé en consultation par la famille inquiète. Je l'appuyais sur les faits suivants :

1° La tumeur était bien intra-utérine ;

2° Elle n'était pas fluctuante, mais mollasse ;

3° Elle s'était développée trois fois plus rapidement qu'une grossesse normale ;

4° Elle avait donné lieu d'abord à des troubles réflexes considérables (nausées, vomissements, amaigrissement, douleurs abdominales) ; ensuite à des hémorrhagies à répétition malgré la position couchée et cela sans douleurs d'expulsion ou de dilatation ;

5° Enfin la pseudo-grossesse avait évolué quelques mois après des accidents utérins qui n'étaient autres que ceux de l'endométrite. Or, cette maladie prédispose tout spécialement à la môle vésiculaire.

Ce diagnostic posé, j'attendis les événements, prêt à déterminer

l'accouchement si les hémorrhagies devenaient trop fréquentes ou si la malade s'affaiblissait trop par le défaut d'alimentation.

Le 31 janvier, à six heures du matin, les premières douleurs apparurent, elles continuèrent toute la journée et celle du lendemain sans amener la moindre dilatation du col ; le 2 février, à neuf heures du matin, nous nous décidâmes, M. le Dr Mâreau et moi, à introduire dans le col une tige de laminaire, ce qui fut fait sans trop de peine.

Le soir, à quatre heures, après une hémorrhagie assez abondante, la malade expulsa le tampon et quelques vésicules. Je pus alors constater que le col était largement entr'ouvert et laissait pénétrer deux doigts, ce qui me permit de saisir une partie de la masse mollasse et de l'engager dans le col, manœuvre qui devait, à mon sens, exciter le travail de dilatation et mettre en même temps obstacle à l'hémorrhagie. Le soir, à dix heures, en aidant quelque peu la malade, mais sans exercer de tractions que la nature des tissus n'eût du reste pas permises, elle accoucha de la môle énorme dont je vous présente environ les deux tiers, le reste ayant été perdu. Son poids est d'environ 1 kil. 500.

Les môles vésiculaires sont embryonnées ou non embryonnées, c'est-à-dire qu'il existe en même temps qu'elles dans l'utérus, un fœtus ou qu'il n'en existe pas. Dans les cas où la môle se développe de bonne heure avant la formation du placenta, on ne trouve pas d'embryon, c'est le cas de notre observation.

Considérée par Velpeau et par Robin comme une hydropisie des villosités choriales, la môle vésiculaire est aujourd'hui regardée comme une dégénérescence myxomateuse de ces villosités ; c'est la théorie de Virchow, elle est presque universellement acceptée.

Mais dans le cas où la môle a le temps de se développer entièrement, le chorion n'existe plus que par place, il est en quelque sorte usé, les grappes ne tiennent plus qu'à des lamelles de couleur rougeâtre que l'on reconnaît à grand peine pour des lambeaux de caduque. Il n'y a pas trace d'amnios, ni par conséquent de liquide amniotique, c'est ce que les accoucheurs ont appelé la *môle vésiculaire pleine*. C'est tout à fait le cas de notre observation ; de plus, des

hémorrhagies multiples s'étaient formées entre les grappes et en rendaient l'isolement très difficile.

Ces faits sont assez rares. Ils surviendraient plus souvent chez des femmes âgées que chez des femmes jeunes et récidiveraient souvent (Mayer, dans onze grossesses successives) Pour certains auteurs la syphilis serait fréquemment cause de cette déviation formatrice. Elle ne peut en aucune façon être incriminée dans notre cas.

Les *suites* sont souvent graves ; la mort survient dans 13 p. 100 des cas par le fait des hémorrhagies ou des infections faciles par la rétention de quelques fragments de la môle (1).

Ma malade va bien aujourd'hui (16 mars) ; elle n'a pas eu d'hémorrhagie ; les injections intra-utérines de sublimé que j'ai pratiquées deux fois par jour pendant six jours m'ont mis à l'abri de l'infection. La température s'est élevée à 38°2 le lendemain de l'accouchement, mais n'était plus qu'à 37°5 le soir, à 37° le surlendemain et s'y est maintenue. Le retour de l'utérus s'est fait lentement. Les règles ne sont revenues que deux mois et demi après.

II. — TROIS CAS DE MOLE HYDATIFORME (2)

Par le Dr Tardif.

Observation I (1894).

Mme X..., 32 ans, demeurant à Angers, est une femme dont la santé a toujours été excellente avant la grossesse môlaire qui fait l'objet de cette observation.

Antécédents héréditaires nuls. — Pas traces de troubles nerveux.

Antécédents personnels nuls. — Premier accouchement le 1er mars 1883. Rien à noter ni pendant la grossesse, ni au moment de l'accouchement, ni pendant le postpartum. La mère a nourri so[illegible]in. Aujourd'hui, à part une otite externe chronique d[illegible] en parfaite santé.

[illegible]oignées et graves, que peut [illegible]s de môles. R. L.

[illegible]ngers.

Première fausse couche en 1886, après trois mois et demi de grossesse. Aucune cause connue.

Deuxième fausse couche en 1888, après quatre mois et demi de grossesse. — Cause inconnue.

Cependant, d'après quelques renseignements personnels, le père *aurait eu* quelques accidents fracastoriens.

Histoire de la maladie. — Dernières règles au commencement de janvier.

Fin février, des vomissements apparaissent d'abord le matin ; puis après huit jours, ils augmentent de fréquence, et au 8 mars, ils se produisaient de dix à quinze fois par jour. Cet état dura plus d'un mois ; peu de temps après la môle fut expulsée.

En même temps que ces vomissements, apparurent des troubles de la mémoire très marqués, qui ne firent qu'augmenter en même temps que les vomissements ; eux aussi devenaient plus fréquents. — Au 8 mars, la malade commença à perdre du sang, d'une façon continue et en petite quantité. En même temps, douleurs vives à la partie inférieure de l'abdomen, que rendent intolérables les vomissements et même la plus légère pression. Un médecin consulté porte le diagnostic de péritonite, applique des vésicatoires, puis des frictions mercurielles, et ordonne des potions calmantes. Ces vésicatoires furent suivis d'une éruption furonculeuse (sept) et ont laissé en guérissant, des cicatrices très pigmentées. Après quinze jours de ce traitement, un autre docteur, un dosimètre ou homéopathe, est consulté. Il ordonne des quantités énormes de granules, qui eurent du moins le mérite de faire diminuer les vomissements. Quoiqu'il y eût un peu d'albumine dans les urines, le médecin en question crut devoir permettre un libre choix dans les aliments.

Si les vomissements avaient cessé ou à peu près, il n'en était pas de même des troubles mentaux qui allaient plutôt en s'aggravant. La mémoire était complètement perdue ; la malade oubliait même qu'elle était mariée. Par moments, elle montrait une exagération considérable dans les sentiments affectifs et qui bientôt faisait place à une apathie profonde, où apparaissaient surtout les troubles de la mémoire et une grande hypochondrie.

Le palper abdominal était extrêmement pénible. On sentait cependant l'utérus, régulier, à un large travers de main au-des- ... ubis.

Au toucher, col mou, long, segment inférieur régulièrement distendu, donnant une sensation de rénitence toute particulière.

Toujours des pertes de sang. Quoique la malade puisse, pendant ces trois dernières semaines, prendre quelques aliments, elle est d'une faiblesse extrême et son amaigrissement est considérable.

Le 18 avril, apparaissent des coliques violentes, suivies bientôt, en l'absence de secours médicaux, d'un écoulement de sang plus considérable et de l'expulsion rapide (en une heure) d'une môle vésiculaire volumineuse, qui, malheureusement, n'a pas été pesée ni conservée.

Postpartum. — Les urines, examinées le lendemain, laissent toujours percevoir un peu d'albumine, qui disparaît deux jours après, sous l'influence du régime lacté.

Injections au bichlorure, 0,25 par 1,000, trois par jour.

En quelques jours, les troubles mentaux disparaissent en partie. La malade retrouve son appétit primitif et les aliments sont bien supportés. Selles régulières, faisant place à la constipation ordinaire.

Un mois après, la malade reprenait ses occupations.

Cependant, elle a gardé depuis un grand affaiblissement de la mémoire, seule trace de son état passé.

Aujourd'hui (15 mars 1894), la malade est au huitième mois d'une grossesse dont rien n'est venu jusqu'à présent assombrir l'évolution ni le pronostic.

Observation II

La femme Barré, 36 ans, vit dans une roulotte avec son mari. Comme elle est syphilitique avérée, nous passons sur notre interrogatoire, dont le résultat fut très net à ce point de vue spécial, et nous n'en retenons que ceci : cinq grossesses antérieures, pas un enfant vivant (trois fausses couches à cinq et six mois; deux enfants à terme, l'un mort trois jours après sa naissance ; l'autre à onze mois, d'une méningite).

Histoire de l'état actuel. — Depuis trois mois, pas de règles ; depuis deux mois, vomissements incessants. La femme est pâle et amaigrie. La raison est très faible depuis un mois environ. Les rêves nocturnes disent l'alcoolisme, mais comme la malade se plaint en outre depuis plus de huit jours de bourdonnements

d'oreilles, d'obnubilation, d'étouffements, on peut se demander s'il n'y a pas ici place pour un peu d'urémie à laquelle on est d'autant mieux en droit de penser que l'examen de l'urine décèle la présence d'une certaine quantité d'albumine.

Nous avons dit : pas de règles ; mais des pertes de sang légères et rapprochées depuis deux mois, ont beaucoup fatigué cette femme, qui eût cru, me disait-elle, à l'époque de la ménopause, si elle n'eût vomi.

Nous revenons à l'expulsion de la môle. Depuis une heure environ, la malade souffrait de coliques assez vives et du sang s'écoulait de façon continue mais légère.

Au palper, on trouvait un utérus gros, dur, douloureux, dépassant le pubis de trois travers de doigt. Nous pensions de plus en plus à un simple avortement, et ce diagnostic, le toucher l'inscrivait au bout du doigt. Le col était mou, court et élargi déjà par les grossesses antérieures. Au-dessus de l'orifice interne, on trouvait une tumeur molasse, donnant absolument la sensation d'un placenta decollé.

Nous nous arrêtâmes là dans notre examen, en prescrivant le traitement classique de l'avortement, c'est-à-dire des injections antiseptiques chaudes. Une heure après, on revenait nous dire que la femme avait expulsé un gros *morceau de chair*.

Nous revenons aussitôt et nous trouvons une môle hydatiforme type ; on eût dit des grappes de raisins.

Nous passons sur les caractères anatomo-pathologiques de cette môle, du volume des deux poings. Un peu de sang et de nouvelles vésicules suivirent cette expulsion.

La femme, les trois jours suivants, n'eut aucune température et plus de vomissements. L'albumine disparut ainsi que la douleur, et le cinquième jour, la roulotte reprenait son chemin. Nous le regrettons, parce qu'il eût été intéressant de compléter davantage cette observation, mais que dire à pareilles gens ?...

Observation III

Due à l'obligeance de mon excellent confrère, M. le Dr Chailloux.

La femme L..., 43 ans, pas de maladie antérieure, est solide et bien réglée.

Elle a ressenti, il y a quelques mois, pour la première fois,

une sorte de pesanteur et de constriction qu'elle attribue à la production de gaz, dont elle a eu souvent à se plaindre jusqu'ici.

Depuis quatre mois, elle s'aperçoit que son ventre augmente de volume, et elle ressent de loin en loin des coliques sourdes s'accompagnant d'hémorrhagies abondantes et de vomissements qui l'ont plongée dans une anémie profonde et l'ont, depuis deux mois, obligée à garder le lit.

Nous voyons à ce moment la malade, et constatons l'état suivant : coloration jaune paille de la peau et des muqueuses, œdème péri-malléolaire, amaigrissement assez considérable pour donner l'idée d'un cancer. Depuis quelque temps, mais depuis ce matin surtout, cette femme se plaint de douleurs extrêmement vives, particulièrement au-dessus du pubis. La palpation, très douloureuse, laisse reconnaître une tumeur rénitente, dure, régulière, avec matité complète. Au toucher, on trouve le cul-de-sac antérieur complètement effacé, le col mou, rejeté à gauche, l'orifice interne même béant. L'utérus est mobile.

Sous l'influence de cette exploration, les douleurs redoublent d'intensité ; elles ne tardent pas à devenir intolérables, s'accompagnant en outre d'incessants vomissements, et au bout de deux heures, une tumeur volumineuse est expulsée.

Cette tumeur est composée de membranes noirâtres, friables, très épaisses, comparables à du sang coagulé et à de la fibrine ; d'une multitude de kystes, de vésicules transparentes et de volumes différents depuis une tête d'épingle jusqu'à un grain de raisin.

Après l'expulsion de cette môle, l'involution utérine fut normale, rapide. Les vomissements, les douleurs cessèrent comme par enchantement ; quelques vésicules furent encore expulsées les jours suivants, et bientôt tout rentra dans l'ordre sans que la santé ait été depuis lors sérieusement troublée.

Réflexions. — Il est bien difficile de donner à ces faits des conclusions, et encore moins d'en fixer la pathogénie ; leur bizarrerie même empêche de donner la moindre formule. A peine pourrait-on rappeler les rapports depuis longtemps signalés entre la syphilis et la môle, rapports qui sont loin d'être mathématiques. Si, dans nos observations, la syphilis est certainement intervenue dans un cas et très probable-

ment dans l'autre, il ne faut pas céder à la tentation trop facile de généraliser à plaisir la valeur étiologique d'un facteur, sans doute puissant, mais non absolu.

Autre remarque. Un fait a été frappant dans nos trois observations, les vomissements et les accidents pseudo-péritonéaux. Ces faits ne sont guère signalés. La môle est en général plutôt indolore, et rien n'attire l'attention de la femme, à part le développement anormal et rapide du ventre, et l'écoulement sanguin qui fait rarement défaut. Malgré sa rareté, on serait donc à la rigueur en droit de penser à la môle, quand, en cherchant le diagnostic d'une affection abdominale, on a affaire à une femme plutôt multipare, présentant des phénomènes de péritonisme, un utérus plus développé que la cessation des règles le permettrait, et laissant écouler un peu de sang de loin en loin.

Nous n'avons pas cherché à classer le genre de délire de la femme qui a fait l'observation n° 1, mais nous retiendrons simplement ceci, qui a son intérêt. Les folies puerpérales sont, croyons-nous, généralement fugaces. Or, il n'en a pas été de même dans notre observation. Le système nerveux central a subi une modification profonde, et cette modification, durable autant que fâcheuse, étant donnée la déchéance morale qui en est résultée, montre combien est profond le retentissement que ce singulier produit utérin peut avoir sur tout l'organisme.

C'est sur ces réflexions que nous terminons ce travail déjà trop long. Nous n'avons ni voulu chercher à fixer la pathogénie d'une affection aussi rare, ni généraliser des faits bizarres comme ceux qui ont, sous nos yeux, accompagné une affection déjà si bizarre en soi. Nous avons voulu simplement apporter quelques faits nouveaux qui pourront, à l'occasion, servir à fixer plus complètement l'histoire symptomatologique de la môle, particulièrement au point de vue des singulières manifestations auxquelles elle peut donner lieu, depuis le péritonisme jusqu'aux troubles mentaux.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CARCINOME PRIMITIF DU VAGIN

Par le Dr R. Labusquière.

Le cancer primitif du vagin, ainsi qu'il est constaté par la plupart des auteurs, est une affection relativement rare. Pourtant, la grande rareté des observations tient peut-être à cette circonstance entre autres, qu'un certain nombre de femmes atteintes de cette terrible affection ne sont amenées, en raison de son évolution souvent assez torpide, à consulter que lorsque déjà le processus s'est propagé à l'utérus, parfois au paramétrium et que, dans ces conditions, on a plus de difficultés à déterminer le siège primitif du mal ou moins d'utilité à faire cette détermination parce que, *a priori*, on juge souvent que le cas est déjà inopérable. Küstner (1) en cherchant dans la littérature médicale en avait réuni 28 cas seulement; A. Martin, cité par Pozzi (2), ne l'avait observé qu'une fois sur 5,000 femmes. Mais, dans son *Traité des maladies des femmes*, ce même auteur écrit (3) : « On insistait longuement jadis sur la rareté des tumeurs malignes du vagin ; les observations de carcimones vaginaux primitifs relatées depuis, montre que cette rareté n'est que relative ». Dans son récent article, Olshausen dit que de 1886 à 1894 on en a observé, à la « *Frauenklinik* » de Berlin, 18 cas, et que, de plus, 13 fois le néoplasme s'était développé sur la paroi postérieure du vagin, localisation qui, du reste, d'après les auteurs, est de beaucoup la plus habituelle.

(1) KUSTNER. *Archiv. f. Gyn.* Bd. IX, p. 279.

(2) POZZI. *Traité de Gyn. chir. et opér.* Ed. I, p. 893.

(3) A. MARTIN. *Traité clin. des mal. des femmes.* Trad. française 1889 p. 304.

D'autre part, on s'accordait à reconnaître la gravité de l'affection et sa grande tendance à la récidive après les interventions habituelles, pour si complètes qu'on s'efforçât de les faire. « *Le pronostic*, écrit A. Martin (1), *quelque favorable que soit la marche de la cicatrisation après l'intervention chirurgicale, est très sombre, du moins d'après mes documents personnels. Toutes mes malades ont été atteintes de récidives et, cependant, je suis persuadé d'avoir opéré, tout au moins dans la majorité des cas, dans des tissus sains* ».

L'acte chirurgical dirigé contre le néoplasme du vagin consistait à le circonscrire en s'efforçant d'inciser dans le tissu sain, à certaine distance des éléments morbides, puis à séparer toute la masse dégénérée ou douteuse des éléments sous-jacents et à réunir la surface cruentée. Mais, devant la constance presque assurée des récidives, on a cherché à prévenir aussi sûrement que possible les inoculations dans les tissus sains d'éléments dégénérés, les *greffes cancéreuses*. Et c'est surtout à ce point de vue, qu'est fait le travail d'Olshausen qui recommande d'attaquer les cancers primitifs du vagin, soit qu'ils restent encore cantonnés dans le vagin ou qu'il se sont étendus à la portion vaginale, par la *voie périnéale*. C'est en somme, ainsi que le note Olshausen, une adaptation de la périnéotomie imaginée par Otto Zuckerkandl pour l'extirpation de l'utérus cancéreux, et dont, dans ce même journal, M. Hartmann a donné une description nette que nous croyons utile de reproduire ici : « Pour pratiquer cette opération, on place la malade dans la position de la taille. Lorsqu'on a incisé la peau et le fascia superficialis, qu'on a décollé le lambeau on sectionne les fibres du sphincter externe qui sont au voisinage de la fourchette et l'on sépare le rectum du vagin dans toute la hauteur du sphincter. Après avoir coupé, à droite et à gauche, les fibres du releveur qui viennent s'insérer sur le rectum, on sépare facilement celui-ci du vagin. Le rectum étant attiré en

(1) *Loc. cit.* p. 306.

arrière, la plaie est largement béante et l'espace est libre jusqu'au cul-de-sac péritonéal. On voit en arrière de la cavité ainsi créée le rectum, en avant la paroi postérieure du vagin, sur les côtés les ischions recouverts par la graisse de la fosse ischio-rectale et laissant pendre les faisceaux détachés du releveur. Il suffit alors d'ouvrir transversalement le cul-de-sac péritonéal recto-utérin pour pouvoir engager la main dans la fente péritonéale et saisir le fond de l'utérus qu'on fait basculer et qu'on amène facilement avec ses annexes dans la plaie et même, si l'on veut, à l'extérieur.

« Après ligature préalable, les ligaments larges sont coupés au niveau de leur insertion ; quant à la vessie, il suffit de sectionner transversalement le péritoine en avant de l'utérus pour la séparer de celui-ci, qui, ne tenant plus qu'au vagin, peut être facilement enlevé » (1).

Après cette description, il sera facile de comprendre le procédé opératoire adopté par Olshausen et qu'il décrit comme suit : « Inciser le périnée en travers, puis, avec des instruments mousses, se créer une voie entre le vagin et le rectum jusqu'au cul-de-sac recto-utérin. Au cas de difficultés, un assistant peut surveiller, à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum, cette séparation du vagin avec des instruments mousses des tissus sous-jacents. Quand il y a lieu d'extirper aussi l'utérus — et Olshausen estime que cette extirpation s'impose toutes les fois que le processus cancéreux s'est étendu à cet organe — on ouvre le cul-de-sac de Douglas, on fait basculer l'utérus en arrière, et on le libère ensuite de ses attaches latérales, après ligature des ligaments, en procédant des trompes vers le col. Puis on coupe avec les ciseaux la portion décollée du vagin qui correspond au néoplasme, et on termine, après décollement mousse de la vessie, la libération du col.

Quand on n'a pas résolu de faire l'extirpation de l'utérus,

---

(1) *Annal. de gyn. et d'obst.*, novembre 1889, p. 869.

la première partie de l'opération reste la même. On se fraie, avec des instruments mousses, une voie entre le vagin et le rectum jusqu'à l'insertion de la paroi postérieure du vagin sur le col et on décolle, en agissant dans la cavité ainsi créée, les parties latérales du vagin des tissus sous-jacents, autant qu'il est nécessaire pour isoler les parties dégénérées et avoisinantes du plancher périnéal. Puis, au point jugé le plus propice, on crée une communication entre le canal du vagin et le canal artificiel, après quoi, l'excision du néoplasme avec les ciseaux se fait aisément. Dans les cas de vagin étroit et d'oblitération de sa lumière par la masse néoplasique, ce dernier temps de l'excision est singulièrement facilité si l'on a soin de fendre, après décollement de la paroi vaginale, la portion inférieure de cette paroi de la fourchette jusqu'au voisinage du néoplasme. L'opérateur, en écartant ces lambeaux, en les mobilisant à son gré, peut rendre le champ opératoire beaucoup plus accessible à la vue, et, par suite, procéder avec sûreté à l'extirpation des parties malades.

Avantages de ce procédé opératoire : on réalise la séparation de la partie malade du vagin, l'ouverture du cul-de-sac de Douglas (quand elle est nécessaire), et en partie la libération de l'utérus entre ses ligaments sans avoir été préalablement en contact avec le néoplasme ; d'autre part, on se ménage beaucoup plus de place et l'on peut, avec infiniment plus de facilité et de sûreté, circonscrire et exciser les parties dégénérées du vagin » (1).

Olshausen relate ensuite trois cas dans lesquels il a appliqué son procédé opératoire ; nous en reproduirons un comme exemple.

Obs. — V..., 28 ans, a eu un enfant. Carcinome de la paroi postérieure, ayant débuté à 3 centim. de la fourchette et s'étant élevé, suivant toute la largeur de la paroi postérieure, jusqu'au vagin. Au spéculum, on découvre une ulcération à bords fongi-

(1) *Loc. cit.*, p. 3.

formes et à surface pourvue de petites saillies. Sur la paroi antérieure, il existe une région indurée qui mesure de haut en bas environ 3 centim. ; c'est une infiltration cancéreuse, conséquence probablement d'une infection par contact. Utérus en position normale, non augmenté de volume, intact. Paramétrium indemne. La paroi rectale est complètement mobilisable sur la zone dégénérée du vagin.

Opération le 20 septembre 1890 : incision transversale du périnée, d'un ischion à l'autre. Séparation mousse, du vagin et et du rectum, jusqu'au péritoine et au-dessus de l'insertion du vagin sur l'utérus (ce décollement est surveillé par le rectum). La cavité ischio-rectale est largement ouverte des deux côtés, surtout à gauche. Le cul-de-sac recto-utérin, un peu ouvert, est immédiatement suturé au catgut. On circonscrit le carcinome par une incision qui reste dans le tissu sain à 2 centim. environ du néoplasme. De bas en haut, incision partant de la commissure postérieure et arrivant jusqu'à l'incision autour du néoplasme. Incision circulaire du carcinome de la paroi antérieure. En haut et à gauche, les deux lignes d'incision convergent. Excision aux ciseaux des deux carcinomes. Comme on ne réussit pas à coapter le prolongement de la fosse ischio-rectale situé à 5 centim. au-dessus du cul-de-sac gauche du vagin, on en assure le drainage en y poussant une mèche de gaze iodoformée.

La grande plaie, dans le tissu connectif, en avant du rectum dénudé, est réunie et diminuée par une suture au catgut, continue et à trois étages ; la plaie de la paroi antérieure du vagin est presque complètement oblitérée ; finalement, la moitié antérieure du périnée, incisée, est réunie.

Suites opératoires régulières. Jamais plus de 37°,6. Les parois vaginales cicatrisèrent, partout au moins où elles étaient réunies, presque complètement par première intention. Trois semaines après, au moment de la sortie de la malade, le prolongement gauche de la cavité ischio-rectale était comblé par des granulations et, dans l'ensemble, toute la région opératoire en voie avancée de guérison.

Récidive manifeste trois mois après, et mort dix mois plus tard, soit treize mois après l'opération.

Les avantages de ce procédé opératoire seraient, d'après

Olshausen : *Sûreté beaucoup plus grande d'enlever tout le tissu malade, de tailler dans le tissu sain ; contrôle beaucoup plus exact de l'acte chirurgical ; possibilité pour le chirurgien de se maintenir, pendant la plus grande partie de l'opération, en dehors du tissu néoplasique, et par suite, réduction au minimum du danger des greffes cancéreuses.*

***

Dührssen préfère au procédé opératoire d'Olshausen un procédé dérivé de sa méthode des larges incisions du vagin dont il a fait diverses applications en gynécologie et en obstétrique. Le trait capital de ce procédé consiste dans une profonde incision vagino-périnéale, qui part du cul-de-sac du vagin, arrive à la fourchette et de là se poursuit jusqu'en arrière d'une ligne qui irait de l'anus à l'ischion. Dührssen a opéré ainsi dans le cas suivant :

Obs. — X..., 50 ans, multipare. État général mauvais, anémique, amaigrie. Depuis six mois environ, hémorrhagies abondantes et douleurs. État local : la paroi postérieure du vagin est le siège d'une infiltration cancéreuse qui s'étend au delà de la ligne médiane, vers la droite, en dehors, s'étend en bas jusqu'au voisinage de l'orifice du vagin, intéresse la paroi latérale gauche de cet organe, affecte en totalité le cul-de-sac gauche, et pousse un prolongement jusque dans le cul-de-sac antérieur. La portion vaginale du col utérin, petite, est transformée en un ulcère cancéreux. L'utérus est rétroversé et fixé dans cette situation par un infiltrat cancéreux du paramétrium gauche. Le tissu sous-jacent à la néoplasie est épaissi et induré de sorte que le néoplasme se prolonge jusqu'au rectum. En certains points, proéminent des bourgeons larges, saignant facilement et s'élevant d'un demi-centimètre sur la surface de l'ulcération.

Opération : Tout d'abord, une incision vagino-périnéale profonde remontant jusque dans le cul-de-sac droit et qui, malgré la fixation, l'immobilisation pathologique de l'utérus, rendit tout le champ opératoire aisément accessible. Escharification du carcinome avec le Paquelin. Deuxième incision circonscrivant en bas et latéralement le néoplasme, incision commençant à

l'incision vagino-périnéale et se terminant dans le cul-de-sac antérieur du vagin. En procédant de l'incision vagino-périnéale, séparation, tantôt mousse, tantôt au bistouri, du carcinome du rectum. (Contre les hémorrhagies survenues en certains points, pinces ou ligatures médiates.)

Le carcinome se trouva ainsi libéré des tissus sous-jacents jusqu'à l'utérus. On ouvrit alors le cul-de-sac vaginal antérieur, la vessie fut prudemment décollée de l'utérus et le péritoine largement ouvert. Un doigt introduit par cette brèche permit de constater nettement l'infiltrat dans le paramétrium. Suture au catgut de l'ouverture péritonéale, et réunion des extrémités des incisions vagino-périnéale et limitante du néoplasme. Ligature médiate de la base du ligament large et section de ce ligament. *Amputation haute du col* et suture immédiate de la paroi vaginale antérieure et de la muqueuse du col. Séparation, dans le tissu dégénéré (?) du petit point d'implantation du carcinome vaginal dans le cul-de-sac gauche du vagin, et ablation simultanée du carcinome vaginal et du col. Suture de la portion supérieure du bord de la plaie vaginale, à droite et à gauche, à la muqueuse du col, et coaptation par une suture continue des solutions de continuité du vagin et de la plaie périnéale. *Durée de l'opération* : une heure. *Suites opératoires* régulières. La malade, revue un mois et demi après, paraissait jouir d'une parfaite santé.

Après avoir fait remarquer que si, dans ce cas, l'opération ne pouvait être radicale, elle était justifiée par des hémorrhagies et des douleurs intolérables auxquelles elle mit, du moins momentanément, fin, Dührssen insiste sur les avantages de la technique opératoire adoptée par lui : malgré la fixation pathologique de l'utérus, l'aisance donnée par l'incision vagino-périnéale fut telle que l'examen du champ opératoire et les manœuvres chirurgicales furent aussi faciles que s'il se fût agi d'un cancer de la surface du corps. Une seule fois, le chirurgien retourna de son index le carcinome en arrière pour bien s'assurer que la ligne d'incision se tenait assez loin du tissu dégénéré; le doigt fut immédiatement désinfecté. D'une manière générale, il fut aisé d'éviter tout contact avec le néoplasme et ainsi de prévenir autant que pos-

sible les récidives par inoculation. Voici la *description du procédé* : « Mise à découvert du champ opératoire par une incision vagino-périnéale. Partant de cette incision, une seconde incision qui circonscrit le carcinome du vagin, et séparation du néoplasme des tissus sous-jacents. Ce décollement est continué jusque dans le cul-de-sac atteint; ligature du ligament large correspondant et section de ce ligament qui ainsi est séparé du col. Ouverture du cul-de-sac antérieur du vagin et fixation au moyen de deux pinces du côté du col mis à découvert. Entre les deux pinces, section transversale du col. Le col et toute la partie réséquée du vagin ne tiennent plus qu'à la base de l'autre ligament. Application d'une pince sur ce ligament qu'on sectionne entre la pince et le col. A ce moment, l'excision de tout le tissu dégénéré est terminée (à condition bien entendu qu'il n'y ait pas déjà extension au paramétrium, etc.), et l'on n'a plus qu'à procéder à la suture du moignon et de la perte de substance du vagin sans crainte d'une inoculation par contact.

Quand on est résolu à l'extirpation totale de l'utérus, mieux vaut ne procéder à cette extirpation qu'après amputation haute du col, mais, contrairement à Olshausen, Dührssen ne juge pas qu'il faille toujours faire l'hystérectomie totale quand l'utérus est atteint. Car, dans tous ces cas selon lui, le plus souvent le paramétrium serait atteint non par extension de la lésion de la portion vaginale du col de l'utérus, mais par propagation directe de l'affection vaginale.

Dans les conditions habituelles, l'état anatomique permet de tracer l'incision vagino-périnéale dans le tissu sain, mais, même quand l'étendue de l'infiltration s'y oppose, on peut inciser dans le tissu morbide, à condition de faire cette incision avec le fer rouge et de ne substituer au fer rouge le bistouri que lorsqu'elle aura dépassé, dans la profondeur, les limites du processus dégénératif.

Dührssen juge que son procédé donne, à moins de frais, plus d'aisance et permet, dans les cas où il faut enlever l'uté-

rus, de prévenir plus sûrement les greffes par inoculation.

Thorn a déjà deux fois, en 1889 et 1891, choisi la voie périnéale pour extirper des carcinomes considérables de la paroi postérieure du vagin, propagés à la lèvre postérieure du col. Il a, dans les deux cas, suivi une technique à peu près identique à celle décrite par Olshausen. Or, dans les deux cas, l'opération a été suivie de récidive. Aussi, Thorn est-il persuadé qu'il ne faut pas trop s'illusionner sur les avantages de la périnéotomie, qui lui paraît exclusivement indiquée contre les carcinomes limités aux tiers inférieur et moyen du vagin. Quant aux carcinomes étendus de la paroi postérieure, propagés jusque dans le cul-de-sac postérieur, il les croit plutôt justiciables, comme les cancers haut situés du rectum, de l'intervention par la voie sacrée. D'autre part, Thompson (d'Odessa), secondairement à la communication d'Olshausen, mais avant la publication de Dührssen et de Thorn, a eu l'occasion de procéder, par une intervention semblable à celle de Dührssen, à l'extirpation d'un carcinome du vagin (incision vagino-périnéale et amputation haute du col). Comme la néoplasie affectait largement les deux parois latérales, le chirurgien fit sa première incision sur la ligne médiane. Les suites opératoires furent bonnes, et la malade, revue plusieurs semaines après, présentait toutes les apparences d'une bonne santé. Mais le temps d'observation est bien trop court pour permettre de préjuger du résultat définitif. Thompson conclut que, dans les cas d'extension à la portion vaginale, l'amputation haute du col suffit habituellement (procédé de Dührssen), que d'une manière générale le procédé de Dührssen, est préférable à celui d'Olshausen et moins mutilateur, qu'enfin si la méthode périnéale est particulièrement indiquée contre les carcinomes bas situés, la voie sacrée (Fritsch, Thorn) convient mieux aux dégénérescences étendues du vagin.

*
* *

En France, l'ablation des cancers du vagin après périnéo-

tomie ne semble guère avoir été pratiquée jusqu'ici. A peu près seul, M. Pozzi semble y avoir eu recours. En présence d'une femme à vulve étroite, il commença par dédoubler la cloison recto-vaginale et poussa la dissection avec les ciseaux jusque dans le cul-de-sac de Douglas. Le vagin fut incisé immédiatement en arrière du col; le néoplasme, large comme une pièce de 5 francs et séparé du col par un intervalle de 2 centim., fut attiré en bas et largement excisé. La brèche vaginale fut rétrécie par quelques points de suture, le péritoine drainé par une mèche et le périnée fermé par trois sutures métalliques disposées à la Lawson Tait. La malade guérit.

Dans la discussion qui suivit la présentation de cette observation, MM. Routier, Segond et Bazy disent avoir pu enlever des épithéliomas du vagin par ce conduit, pratique qu'accepte M. Pozzi, qui réserve la périnéotomie aux cas où le vagin est étroit et par conséquent peu commode à suivre.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

R. OLSHAUSEN. *De l'extirpation du vagin.* (Ueber Exstirpation der Vagina.) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 1, p. 1. — A. DUHRSSEN. *De l'extirpation du vagin.* (Ueber Exstirpation der Vagina.) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 9, p. 234. — W. THORN. *De l'opération des carcinomes volumineux de la paroi postérieure du vagin.* (Zur Operation grosser Carcinome der hinteren Vagina.) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 9, p. 240. — H. THOMPSON. *De l'extirpation du vagin.* (Zur Exstirpation der Vagina.) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 22, p. 603. — POZZI. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1894, p. 833.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 juin.

MM. BAR et RÉNON. — Pour essayer d'élucider la question si intéressante de la **transmissibilité directe par le placenta de la tuberculose bacillaire de Koch** de la mère au fœtus dans l'espèce

humaine, nous avons dans cinq cas recueilli au moment de la naissance une certaine quantité de sang s'écoulant par le bout placentaire de la veine ombilicale, et nous l'avons immédiatement injecté à des cobayes sous la peau de l'abdomen.

Dans trois cas les résultats ont été négatifs et les cobayes ne sont pas devenus tuberculeux : dans deux cas les résultats furent positifs.

Dans le premier cas il s'agissait d'une femme tuberculeuse pulmonaire à la troisième période, et dont les crachats contenaient des bacilles de Koch, qui mit au monde un fœtus mort depuis la veille. Le placenta ne présentait pas de lésions apparentes. Le sang s'écoulant de la veine ombilicale fut injecté à un cobaye qui présenta un chancre d'inoculation caséeux et ulcéreux et succomba deux mois plus tard avec de la tuberculose du foie et de la rate : la pulpe splénique et la masse caséeuse du chancre contenaient des bacilles de Koch. L'autopsie de l'enfant pratiquée immédiatement après la mort ne permit pas de trouver des tubercules dans les organes ; d'ailleurs des frottis sur lamelles avec la pulpe splénique, hépatique, rénale, pulmonaire de l'enfant ne contenaient pas de bacilles de Koch. On injecta à trois cobayes de cette pulpe de foie, de poumon, et de la sérosité péritonéale : de ces trois animaux, deux succombèrent ; d'abord le cobaye inoculé avec la sérosité péritonéale de l'enfant présentant une tuberculose de la rate, mais sans chancre, et nous n'en avons point tenu compte pour cette raison ; puis le cobaye inoculé avec la pulpe du foie présentant un chancre d'inoculation et une tuberculose du poumon, du foie et de la rate : la pulpe splénique et les parois du chancre contenaient des bacilles de Koch.

Dans le second cas la mère avait des cavernes pulmonaires étendues mais l'examen des crachats n'a pas été pratiqué. L'enfant né vivant succomba le quarantième jour avec de la broncho-pneumonie. Le placenta paraissait normal. Au moment de la naissance, on recueillit du sang de la veine ombilicale et on l'injecta à deux cobayes. Un de ces animaux survécut, l'autre succomba avec un chancre d'inoculation et une tuberculose viscérale généralisée ; la rate farcie de tubercules adhérait à la paroi abdominale au niveau du chancre : sa pulpe contenait des bacilles de Koch. Injectée à deux autres cobayes, cette pulpe

leur donna une tuberculose généralisée reconnue bacillaire de Koch par l'examen bactériologique.

Il nous a semblé qu'il existait un certain rapport entre la gravité de l'affection et les résultats positifs de l'inoculation au cobaye, les mères étant dans ces deux faits mortes peu après l'accouchement.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 *juin* 1895.

M. LABUSQUIÈRE désire rectifier l'interprétation faite par M. Pichevin, des cas de mort cités par Olshausen. Il ne s'agit pas d'un cas de perforation utérine, mais bien d'accidents de nature septique (1). M. Labusquière n'a pas cité ces faits comme objection à la thérapeutique intra-utérine envisagée d'une façon générale, mais il croit qu'on peut les opposer aux succès très rares, très incertains avec cette méthode dans les affections suppurées des annexes. Personnellement, il a eu recours à la dilatation extemporanée (dilatateurs métalliques) ou progressive (laminaires aseptiques, gaze iodoformée), et au curettage suivi de lavages antiseptiques dans plusieurs cas d'accidents post-partum ou post-abortifs et, surtout dans les derniers, avec de très bons résultats. Il a également fait le curettage, toujours suivi de l'application de substances caustiques, dans des cas d'endométrite hyperplasique, de métrite hémorrhagique, — et, le plus souvent, les suites de l'intervention ont été très heureuses.

MM. BAR et TISSIER. **Périartérite probablement syphilitique chez le fœtus. Lésions cardiaques consécutives. Dissociation des vaisseaux funiculaires par fonte de la gélatine de Wharton. Placenta marginal.** — L'enfant, qui pesait 3,400 gr., naquit en état de mort apparente. Ranimé, il ne respira que quelques instants et succomba. Le cordon ne mesure que 60 centimètres. Près de son insertion placentaire, sur un parcours de 7 à 8 centim., son revêtement amniotique est complet, mais un peu plus loin l'amnios semble avoir éclaté, le tissu de la gélatine de Wharton fait hernie. Pendant quelques centimètres le cordon reprend son aspect

(1) *Ann. de gyn. et d'obst.*, juillet 1895, p. 63.

on abrase de haut en bas, non seulement la muqueuse, mais des copeaux du tissu musculaire sous-jacent. On est sûr ainsi d'enlever ou d'ouvrir toutes les glandes et de rendre leurs culs-de-sac accessibles aux pansements consécutifs. Chez les multipares, lorsque le col est déchiré bilatéralement il a recours à l'opération de Schrœder. Quant aux inflammations annexielles, leur traitement indirect ne lui paraît pas répondre à tous les besoins; cependant, en raison de son innocuité et des avantages qu'on peut en retirer, même en cas de nécessité ultérieure d'un traitement radical, on doit le proposer aux malades, si on a sur elles assez d'autorité pour le leur faire accepter avec les inconvénients de sa durée et l'éventualité d'un succès incomplet ou même d'un insuccès possible. — CH. FOURNEL. La dilatation de l'utérus, appliquée aux lésions pelvi-annexielles suppurées, n'est pas une méthode conservatrice comme elle le prétend; c'est un procédé destructeur, responsable des mutilations et d'une grosse mortalité. En effet : 1° elle sphacèle et mortifie les ovaires par macération prolongée dans le pus non évacué, d'où stérilité; 2° elle rend indispensable la castration totale, parce que le pus gagnant en profondeur est devenu inaccessible à l'incision; 3° elle porte au maximum le danger de cette castration en faisant pratiquer une opération plus difficile (multiplication des adhérences) sur une malade moins résistante (auto-intoxication prolongée); 4° la dilatation tue encore par mort brusque en rompant une collection de pus dans le péritoine.

REVUE ANALYTIQUE

PLACENTA

(*Anatomie et pathologie.*)

Contribution à l'anatomie normale et pathologique du placenta. (Beiträge zür normalen und pathologischen Anatomie der menschlichen Placenta). J. MERTTENS. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXX, Hft. 1, p. 1; Bd. XXXI, Hft. 1, p. 29 et *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 27, p. 726.

Le travail très soigneux de Merttens est divisé en quatre parties.

Dans la première, l'auteur décrit un œuf humain accidentellement détaché dans un curettage, œuf qui était long de 3 millim. et large de 2 millim. Il distingue dans les membranes de l'œuf trois zones : 1) chorion avec villosités et colonnes cellulaires d'origine ectodermique; 2) couche ampullaire de la caduque; 3) couche compacte de la caduque située entre les deux premières.

La trame connective du chorion et des villosités est tapissée de dedans en dehors par la couche cellulaire de Langhans, le syncytium ou plasmodium. De l'extrémité des villosités et produits de la prolifération des cellules de Langhans, émanent en quelque sorte des colonnes cellulaires.

La couche ampullaire, indépendamment de nombreuses sections glandulaires et des cellules caractéristiques, contient des éléments que l'auteur rapporte au syncytium ou couche plasmodiale et *qui n'ont pas été encore décrites dans l'anatomie du placenta humain.*

La couche compacte se distingue par sa grande richesse en masses syncytiales, qui renferment de très nombreux et souvent volumineux noyaux. Nulle apparence de sections glandulaires en un point quelconque de cette zone, mais de nombreuses vacuoles.

Sur un petit fragment de muqueuse, obtenu au cours du même curettage, l'auteur trouva la preuve formelle que le syncytium (masse protoplasmique à noyaux, sans formations cellulaires définies) dérive soit de l'épithélium utérin superficiel, soit de l'épithélium des glandes. (Deux dessins schématiques, mettent en évidence les diverses phases du développement du placenta humain).

Merttens tient l'espace intervilleux pour un espace intra-vasculaire qui provient des capillaires superficiels, fortement dilatés.

Dans la seconde partie, il étudie la question suivante : *dans les mois qui suivent la mort prématurée du fœtus, la nutrition des villosités peut-elle encore se maintenir?* Or, d'une série d'examens ayant porté sur neuf placentas (dont la durée de la rétention dans l'utérus après la mort du fœtus avait pu, dans certains cas, être exactement déterminée), il conclut affirmativement. Il décrit, pour les vaisseaux des villosités de nutrition et des tiges villeuses, des phénomènes de prolifération, évoluant aux dépens de la tunique interne et aboutissant à des thromboses vasculaires plus ou moins caractérisées et n'apparaissant, selon

toute vraisemblance, que consécutivement à la mort du fœtus. Au contraire, les vaisseaux des racines des villosités et du chorion sont indemnes de ces altérations. Quand il existe dans le placenta des infarctus, les vaisseaux du placenta sont également dépourvus de proliférations de nature connective.

Dans un cas où selon toute probabilité, l'œuf fut retenu cinq mois et demi après la mort du fœtus, le placenta présentait des « *particularités anatomiques qui témoignent que le tissu villeux croît en largeur, après la mort du fœtus* ».

Dans la troisième partie, Merttens décrit des foyers de nécrose, appartenant à la caduque, qu'il constata sur des œufs abortifs de 1 à 6 mois. Ces foyers, dans l'ensemble, restent limités dans la sérotine et la caduque réfléchie. A leur niveau, les éléments déciduaux ont été frappés de mort, et sont remplacés par des leucocytes très nombreux, et pour le plus grand nombre multinucléaires. D'après Merttens, ces nécroses sont dues en partie à des extravasations sanguines qui se font dans la caduque, à la surface fœtale du foyer nécrosique (5 cas), et en partie à des thromboses de troncs artériels afférents (2 cas).

Dans la quatrième partie de son travail, l'auteur décrit un cas d'hyperplasie des villosités choriales. La zone hyperplasiée constituait dans un placenta correspondant à un enfant à terme, une tumeur, représentant un quart de la totalité du délivre, et provenait d'*une* tige villeuse. R. LABUSQUIÈRE.

Sur le développement de la circulation maternelle dans le placenta humain. (Ueber die Entwicklung des mütterlichen Blutkreislaufes in der menschlichen Placenta), par E. BUMM. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIII, Hft. 2, p. 181.

L'installation d'une circulation maternelle dans l'espace intervilleux se fait par les deux processus successifs suivants : dans quelques saillies et septa de la sérotine, il se produit une dilatation des rameaux artériels terminaux qui, en certains points, aboutit à la transformation caverneuse du tissu et finalement à l'irruption du sang dans le tissu avoisinant. Le tissu se trouve dissocié et meurt. Il ne reste plus dans les saillies de la sérotine que les touffes artérielles relativement volumineuses, qui déversent librement le sang dans l'espace intervilleux. D'autre part, les villosités poussent activement dans les dépressions de la sérotine, érodent le tissu

maternel, en provoquent la résorption, et grâce à ce processus, parviennent jusqu'aux sinus veineux et finalement les pénètrent. De cette façon se trouvent préparées, dès le principe, les conditions qu'on rencontre à partir du milieu de la grossesse jusqu'à la fin (abouchement des artères au niveau des saillies de la sérotine et des septa placentaires, abouchement des veines dans les dépressions intermédiaires). La circulation sanguine dans les espaces intervilleux serait donc, conformément à l'opinion de Kölliker, etc., essentiellement extra-vasculaire. R. LABUSQUIÈRE.

Carcinome de l'utérus ayant son point de départ dans les villosités choriales (après môle vésiculaire). Das von dem Epithel der Chorionzotten ausgehende Carcinom des Uterus (nach Blasenmole). L. FRÆNKEL (Greifswald). *Arch. f. Gyn.*, 1894. Bd. XLVIII, Hft. 1, p. 80.

OBS. — Femme de 25 ans. Dernières règles vers la mi-avril 1892. Fin juin survinrent des hémorrhagies qui se prolongèrent jusque vers le 18 juillet, époque à laquelle *fut expulsée une môle vésiculaire*, grosse comme une tête fœtale. Un curettage de la matrice fait avec le doigt permit d'extraire encore des portions de môle. L'intervention s'accompagna d'hémorrhagie qui fut arrêtée par des injections intra-utérines chaudes et le tamponnement avec de la gaze iodoformée. La femme fut retenue au lit deux mois environ, par suite d'une phlébite et périphlébite du membre inférieur droit. Deux années après, elle rentrait à la clinique se plaignant de crises douloureuses paroxystiques, abdominales, et d'hémorrhagies datant depuis tantôt quinze jours. Les accidents et les hémorrhagies continuant malgré les calmants et le repos, la laparotomie fut faite qui permit de constater la présence de trois tumeurs, dont deux correspondaient aux ovaires atteints de dégénérescence microkystique et la troisième était d'origine utérine. Consécutivement, il se fit des noyaux métastatiques multiples intéressant le paramétrium, les parois vaginales, la vessie ; les hémorrhagies continuèrent et la femme mourut deux mois et demi après avoir été laparotomisée.

Des examens microscopiques multiples auxquels l'auteur a soumis la tumeur utérine, il tire les conclusions suivantes :

1° *L'aspect général du processus est celui d'une tumeur maligne :* a) localement, il détruit les tissus ; b) il donne lieu à des métastases.

2° La tumeur avait son siège primitif dans l'utérus, car on y rencontre les altérations les plus anciennes, les plus étendues, les plus profondes.

3° La tumeur qui renferme des proliférations cellulaires ayant tantôt le caractère épithélial, et tantôt — au moins en un point — le caractère connectif, est *primitivement*, *une tumeur épithéliale, maligne*, car, aux confins des tissus sains, on ne trouve que des amas cellulaires épithéliaux aussi bien que dans les foyers métastatiques.

4° En raison de la disposition des cellules, il ne peut s'agir ni d'une tumeur exclusivement kystique, adénomateuse ou papillaire parce que les cellules ne constituent ni espace creux, ni papille, ni autre disposition typique : *en réalité, il s'agit d'un carcinome.*

5° Le lieu d'origine du néoplasme aurait pu être : *a*) l'épithélium superficiel de la muqueuse utérine ; *b*) l'épithélium des glandes utérines ; *c*) l'épithélium des villosités choriales, en rapport avec la môle jadis expulsée, et éventuellement restées *in utero*.

En faveur de cette dernière hypothèse militent les raisons suivantes : *a*) le cancer de la muqueuse du corps de l'utérus se comporte, histologiquement, de façon toute différente. Car, en dépit des proliférations cellulaires atypiques, la structure des glandes utérines, avec leur épithélium haut, reste reconnaissable ; presque toujours, les cellules se distinguent nettement les unes des autres ; la structure alvéolaire est très acusée.

b) Antérieurement, une môle avait été expulsée et non *en totalité*, puisque le curettage digital avait ramené des portions de môle restées *in utero*.

c) On retrouve dans la tumeur précisément les caractères si particuliers reconnus à l'épithélium villeux en voie de prolifération : *absence de délimitations cellulaires, richesse si remarquable en chromatine des noyaux, apparition de vacuoles nombreuses, tendance hémorrhagique si marquée de la tumeur, disposition trabéculaire et rétiforme ; finalement, substitution aux parois normales des vaisseaux des cellules de la tumeur.* D'autre part, les dessins concordent dans leurs plus petits détails, autant du moins qu'il s'agit de cordons épithéliaux, avec ceux représentés par Zahn, Kahldens, H. Meyer et Gottschalk et en partie examinés et reconnus comme épithélium villeux par Klebs et Waldeyer.

Aussi, l'auteur conclut-il, en toute certitude, qu'on s'est trouvé, dans ce cas, en présence d'un *carcinome primitif de l'utérus,*

ayant eu son point de départ dans l'épithélium des villosités choriales. R. LABUSQUIÈRE.

Un cas de déciduome malin. (A case of deciduoma malignum), par BACON (Chigaco). *Am. J. Obst.*, mai 1895, p. 679.

OBS. — Femme de 48 ans, ayant eu huit enfants et deux avortements, avec des suites de couches toujours normales. En décembre 1892, au neuvième mois de sa neuvième grossesse, elle expulse une môle hydatique. Cinq semaines après, hémorrhagie abondante qui nécessite le tamponnement. Puis, à des intervalles plus ou moins longs, nouvelles hémorrhagies. Entrée à l'hôpital, le 13 juin 1893, on pense à une rétention de portions du délivre. Le curettage est fait le 16 juin. Mais les accidents continuent et la femme meurt le 25 juin après avoir présenté la série des accidents suivants : métrorrhagie récidivante ; anémie secondaire ; pleuro-pneumonie bilatérale ; endocardite mitrale (?) ; septicémie (?) ; lésion de décubitus acutus au sacrum ; œdème des membres inférieurs. *Diagnostic post mortem :* déciduome malin de l'utérus post-partum ; déciduome secondaire du ligament large droit et des poumons ; endométrite et salpingite suppurées, péritonite purulente diffuse et pleurésie purulente bilatérale ; dégénérescence adipeuse du myocarde ; marasme universel ; mal de Bright chronique, léger ; thrombose des veines utérines.

L'auteur a utilisé ce cas pour des recherches histologiques ayant pour but d'étudier la question des tumeurs malignes d'origine placentaire. Il a également soumis à une analyse critique les différents travaux parus sur le même sujet. Ses conclusions sont les suivantes : 1° Il existe une variété de tumeur utérine, prenant son point de départ dans l'aire placentaire durant la grossesse, ou peu après l'expulsion d'un œuf normal ou d'une môle hydatique ; tumeur composée de cellules déciduales qui pénètrent la paroi utérine. Tantôt isolées, sous formes de trainées ou d'agrégats, tantôt dispersées en réseaux plus réguliers, elles pénètrent les parois vasculaires, donnant lieu à des hémorrhagies ou produisant des métastases dans divers organes, plus spécialement dans les poumons.

2° Les cellules envahissantes du néoplasme amènent la dégénérescence de fibres musculaires qui, à leur tour, arrivent à ressembler à ces cellules. Mais, *il n'y a pas transformation vraie des cellules musculaires en cellules de la tumeur.*

3° Les cellules du néoplasme ne dérivent pas de l'endothélium vasculaire.

4° Les éléments cellulaires divers de la tumeur ont une origine commune; les différences morphologiques tiennent à des conditions différentes de développement.

5° La môle hydatique, dont l'occurrence est fréquente dans ces cas, prédispose au développement de ces tumeurs en diminuant la résistance du tissu utérin contre l'invasion des cellules déciduales.

6° Il est d'autres tumeurs utérines, constituant un autre groupe, qui, cliniquement, ressemblent à celles dont il est ici question. Mais elles sont composées de villosités choriales plus ou moins dégénérées, qui se développent dans les sinus veineux et forment des tumeurs métastatiques semblables aux néoplasmes *in utero*.

R. LABUSQUIÈRE.

Des soi-disant tumeurs « déciduales » consécutives à l'accouchement normal, à l'avortement, à la môle vésiculaire et à la grossesse extra-utérine. (Ueber die sogenannten « decidualen » Geschwülste im Anschluss an normale Geburt, Abort, Blasenmole und Extrauterinschwangerschaft), par MARCHAND. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* 1895, Bd. 1, Hft. 5, p. 419 et Hft. 6, p. 513.

Le premier cas que cite l'auteur est fort intéressant. Une jeune fille (17 ans) est opérée par Ahlfeld pour une affection néoplasique, hémorrhagipare, du vagin. Portions du tissu morbide — qu'on inclinait à étiqueter angio-sarcome — sont envoyées à l'institut anatomo-pathologique pour y être examinées. Or, l'auteur reconnaît dans ce tissu une structure anatomique qui ressemblait d'une manière frappante à celle décrite, peu auparavant, par Gottschalk sous le nom de « *Sarcome des villosités choriales* ». Entre temps, on fait un curettage de l'utérus qui procure des portions de muqueuse utérine. Et, l'examen de ces fragments muqueux montre que *la muqueuse utérine est tout à fait normale* (intégrité absolue des éléments glandulaires et du tissu interstitiel). Pas de tumeur utérine, pas le moindre vestige d'un avortement. Dans ces conditions, on suspend tout jugement définitif sur la nature de la tumeur. Mais, la tumeur vaginale récidive, son étude histologique fait reconnaître la même structure que celle des fragments examinés en premier lieu ; finalement, la femme meurt, ayant présenté des symptômes d'infection septique (abcès périarticulaire au

niveau de l'épaule gauche) auxquels se surajouta, peu avant la mort, une péritonite aiguë dont on trouva la cause à l'autopsie. On constata en effet l'existence d'une *grossesse tubaire*, du côté gauche, avec traces de rupture du kyste fœtal (d'où la péritonite). D'autre part, l'examen histologique démontra formellement que le placenta était devenu le point de départ d'un processus néoplasique, ayant exactement même structure que les tissus morbides du vagin, c'est-à-dire composé du même syncytium (masse plasmodiale) trabéculaire et des mêmes éléments cellulaires.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une *tumeur épithéliale maligne* (destructrive) *de l'aire placentaire, utérine, après un accouchement normal.*

Obs... 34 ans, neuf accouchements ; le dernier, naturel, le 26 novembre 1893 ; trois semaines après, forte hémorrhagie. En avril 1895, récidive de l'hémorrhagie. Un médecin retira deux poignées de masses charnues, jaune rougeâtre, qui remplissaient l'utérus augmenté de volume et paraissaient devoir être situées au niveau de l'aire placentaire. Peu après, hémorrhagies nouvelles. *Examen* le 20 avril : utérus hypertrophié, en rétroversion, et solidement fixé en arrière ; paramétrium libre. A l'exploration de la cavité utérine, constatation au niveau du fond de l'organe d'une tumeur, grosse comme une pomme, molle, dont le doigt entraîne des portions rouge sale. Dans une tentative de redressement de l'utérus au moyen d'une sonde, on produit une perforation de la paroi utérine. *Hystérectomie vaginale totale.* A l'ouverture du Douglas, s'écoule un liquide rouge sale, fétide. Soigneusement, on enlève aussi complètement que possible, dans le bassin, les portions de tumeur restées sur les adhérences. Après des suites opératoires critiques, l'opérée finit par revenir à la santé et put être renvoyée guérie le 23 mai.

En octobre 1894, elle se représenta. Sa santé paraissait excellente et la cicatrice vaginale était absolument régulière. Pas la moindre apparence de tumeur dans le ventre.

Ces deux cas ont été utilisés par l'auteur pour de nombreux et laborieux examens. De ces recherches aussi bien que de l'examen comparé et critique des observations multiples et des travaux parus sur la question (Chiari, Jacubasch, Sänger, Kahlden, Pestalozza, Gottschalk, Schmorl, Lebensbaum, Jeannel, Marchand-Ahlfeld, Marchand-Everke, Meckel-Gregorini, Guttenplan, Meyer, Pfeifer, Kaltenbach-Rummel, Müller, Lohlein, Nové-Josserand et Lacroix, Perske-Fraenkel, Klein, Menge, Hartmann et Toupet), il est arrivé aux conclusions suivantes : 1° Tous les cas sont, au

fond, de même nature, bien qu'ils puissent présenter des différences notables dans leur composition.

2° Toutes ces tumeurs sont essentiellement de nature épithéliale; deux sortes de tissu concourent à leur formation : a) le syncytium, c'est-à-dire la couche épithéliale, utérine du chorion, b) les éléments de la couche cellulaire de Langhans, c'est-à-dire les éléments de l'épithélium ectodermique du chorion.

3° Ces éléments de deux ordres constituent une portion normale de la sérotine. Ils peuvent, par suite, devenir le point de départ de productions malignes dans lesquelles les deux formes épithéliales présentent les mêmes connexions que dans les villosités.

4° Les *dérivés du syncytium* affectent diverses formes : 1) grosses cellules à noyau volumineux, riche en chromatine; 2) masses protoplasmiques multinucléaires ; 3) tissu trabéculaire et rétiforme multinucléaire, comprenant des vaisseaux vis-à-vis desquels ils affectent les mêmes connexions que le syncytium vis-à-vis des espaces intervilleux. Assez souvent, les noyaux atteignent une grosseur notable et se multiplient (constamment ?) par segmentation directe (étranglement).

5° Les *éléments de la couche cellulaire* (de l'ectoderme) se présentent le plus souvent sous la forme de cellules claires, polyédriques, qui se distinguent par leur abondance en matière glycogène et se multiplient par segmentation indirecte (karyokinèse). Le volume de ces cellules est très variable, mais le plus souvent elles sont plus petites que les éléments étalés du syncytium.

6° La grossesse vésiculaire favorise la production des néoplasmes malins, parce que dans ce cas la pénétration des éléments épithéliaux dans la sérotine est beaucoup plus accusée que dans la gestation normale.

7° Les cellules déciduales proprement dites ne participent pas à la formation des néoplasmes malins, ou du moins n'y participent que dans une mesure très faible, et alors au point où ils ont primitivement pris naissance.

8° On n'a pas encore démontré la participation du tissu connectif du chorion au développement des néoplasmes malins.

9° Les productions métastatiques, dépendantes de ces tumeurs, se font presque constamment par la voie sanguine.

Il est difficile de préciser la place exacte qui revient à ces néoplasmes parmi les tumeurs connues. Si l'on s'accorde à dénommer

carcinomes toutes les tumeurs épithéliales, malignes, ceux-ci mériteraient cette dénomination. Mais, ces néoplasmes d'observation rare, et qui ne se rencontrent que dans des conditions de la vie tout à fait spéciales et liées au développement de l'œuf, on ne doit peut-être pas se borner à les placer tout simplement à côté des productions épithéliales communes. La dénomination *tumeurs de la sérotine* serait plus juste, parce que la sérotine constitue, toujours, leur lieu d'origine. R. LABUSQUIÈRE.

De la structure des môles hydatiques. (Ueber den Bau der Blasenmole, par MARCHAND (Marbourg). *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 3, p. 404.

L'auteur a donné comme fondement à ce travail l'étude d'une môle hydatique restée *in utero*, et qui a amené la mort de la femme par des hémorrhagies répétées.

Le diagnostic clinique avait été : môle hydatique ou placenta prævia. Il est impossible de suivre l'auteur dans tous les détails de son laborieux travail, et nous nous bornerons à citer l'opinion qu'il s'est faite sur la question et qu'il résume comme suit : « Je tiens pour très vraisemblable que les môles, qui se développent de bonne heure, sont la conséquence d'une altération primitive de l'œuf (altération sous la dépendance le plus souvent de causes maternelles, ménopause, chlorose, anomalies menstruelles, néphrite, etc.). L'altération la plus importante est celle des éléments épithéliaux (Syncytium) et cellules ectodermiques (couche de Langhans), susceptible peut-être d'amener un œdème précoce du tissu chorial, connectif. Les éléments épithéliaux aussi bien de de l'ectoderme (couche de Langhans) ou du syncytium (dérivé d'après Marchand, de l'épithélium utérin), se distinguent, même de bonne heure, par une faculté de prolifération remarquable, qui leur confère en quelque sorte l'importance d'une néoplasie maligne, faculté d'ailleurs commune à tous les tissus embryonnaires, quand ils se trouvent dans de bonnes conditions de développement.

Mais, dans les parties du chorion de nature connective, les processus de dégénérescence l'emportent sur ceux de prolifération active.

Il ne faut pas nier, toutefois, que d'autres circonstances peuvent donner lieu à d'autres formes de môle vésiculaire, particulièrement aux môles partielles. D'autre part, le développement relative-

ment assez considérable du fœtus, coincidant avec une môle hydatique, prouve que celle-ci a pu se développer à une époque assez tardive. Enfin, des degrés légers de dégénérescence vésiculaire des villosités choriales, qu'on constate assez souvent sur des œufs abortifs, peuvent résulter de troubles locaux de nutrition survenus après la mort du fœtus.

Mais ces troubles de nutrition ont une toute autre importance quand ils sont liés à des affections de tout l'œuf ou de la totalité du placenta. R. Labusquière.

De l'histologie des môles vésiculaires et de leurs rapports avec les tumeurs utérines malignes (déciduomes) dérivées des villosités choriales. (Die Histologie der Blasenmolen und ihre Beziehungen zu den malignen von den Chorionzotten (Decidua) ausgehenden Uterustumoren), par L. Fraenkel (Fribourg). *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. XLIX, Hft. 3, p. 481.

Dix spécimens de môle vésiculaire, typiques, ont servi à l'auteur pour ses recherches. Avant de décrire les détails d'anatomie pathologique constatés dans ses multiples examens, il résume l'histoire de six des femmes qui étaient atteintes de ces tumeurs, et dont il a pu avoir des nouvelles alors que, depuis plusieurs années déjà, elles avaient été opérées à cause des accidents causés par la dégénérescence kystique des villosités choriales. Cette relation faite succinctement, il entre dans le détail des examens histologiques, multiples qui l'ont conduit aux conclusions suivantes.

Nous avons, sur ces pièces, outre les villosités non modifiées, trouvé un si grand nombre de villosités ayant subi la dégénérescence myxomateuse, que la dénomination choisie par Wirchow « *myxome du chorion* », comme exprimant la modification essentielle, semble particulièrement exacte, appliquée à nos cas. D'autre part, nous avons constaté des particularités non mentionnées dans la littérature médicale dont nous avons pu disposer. Abstraction faite des villosités avec prolifération du syncytium et de la couche cellulaire immédiatement sous-jacente, nous trouvâmes des masses protoplasmiques et des foyers de cellules qui, selon toute apparence, n'étaient plus reliées avec les villosités, mais se trouvaient libres, et sur une grande étendue, dans le sein des tissus. Il parut démontré que ces éléments étaient de deux ordres et qu'en réalité c'étaient des dérivés des deux couches

cellulaires des villosités, syncytium et couche cellulaire sous-jacente. Ces produits de prolifération dérivent aussi bien des villosités non modifiées que des villosités myxomateuses.

Quelle est la signification de ces éléments ? En ce qui concerne les bourgeons épithéliaux émanés du syncytium et qui, pour la la plupart, affectent la forme en massue, on peut dire qu'ils ne présentent absolument rien d'anormal, qu'ils sont plutôt connus depuis longtemps. On les rencontre en grand nombre dans les œufs jeunes et, dans ce cas comme dans celui de môle vésiculaire, on admet communément qu'ils représentent la première phase du développement des villosités. Il y a tout d'abord formation d'un bourgeon épithélial, dans lequel un stroma apparaît secondairement qui étale les éléments épithéliaux sous forme de manteau (revêtement épithélial).

Quant aux cellules volumineuses, vésiculaires, sphériques ou polyédriques, nous avons vu qu'elles dérivent par prolifération des cellules de la couche de Langhans, couche qui, dans une portion des villosités, apparaît entre le stroma et le syncytium. Quand ces cellules sont situées dans les villosités, ou bien lorsqu'elles forment des rameaux villeux tapissés d'épithélium, elles semblent également, au moins dans les cas d'œufs indemnes de dégénérescence vésiculaire, parfaitement connues et expliquées. Tout au moins Heinz prétend que le stroma des bourgeons cellulaires jeunes, est composé exclusivement de ces cellules, qu'ensuite, peu à peu, le stroma devient fibrillaire, et que les cellules finissent par se réduire à une couche unique, sous-jacente au syncytium. Je ne sais jusqu'à quel point cette interprétation est juste. Sur d'autres œufs, ces éléments sont rares, mais pour mes pièces de môle hydatique où ils sont en nombre, on ne peut rejeter délibérément cette explication.

En ce qui concerne encore d'autres éléments qu'on trouve en grand nombre, et dans lesquels on voit, dans l'intérieur du manteau épithélial, du stroma normal ou myxomateux et de nombreux éléments cellulaires séparés du stroma seulement par du syncytium, Bulius en a fourni, selon toute vraisemblance, l'explication exacte. Il suffit de se rappeler le processus de développement des villosités. Maintes fois, deux rameaux villeux se trouvent tout près l'un de l'autre, au point qu'ils fusionnent leur syncytium, soit sous forme d'une couche simple, soit seulement par portions. Mais, semblable phénomène peut se produire entre une villosité

normale ou myxomateuse et un rameau villeux, ce qui aboutit précisément à la formation des éléments de tissu en question.

Par contre, il est plus difficile de prendre pour un bourgeon villeux jeune, normal, un élément composé d'un manteau épithélial et d'un stroma constitué par de semblables cellules quand cet élément, même à un faible grossissement, occupe tout un champ visuel. Il est de même impossible de retenir pareille explication quand il s'agit de masses cellulaires, sans manteau épithélial, et libres au sein des tissus. On se trouve alors sûrement, en présence d'une formation pathologique. On peut en dire autant des traînées épithéliales, réalisant des éléments plus complexes, souvent disposés en guirlande, situées à bonne distance des villosités et ne rappelant aucunement la disposition de ces dernières.

On se trouve donc en présence de processus de prolifération, qui ont perdu le caractère du myxome des villosités choriales en ce qu'ils ne restent pas cantonnés dans les villosités. Ils ne procèdent pas du tissu muqueux, très pauvrement doté d'énergie vitale, mais d'éléments cellulaires, doués d'une activité vitale remarquable et en voie de multiplication. Or, sur les dix môles, six fois ces proliférations étaient présentes, de sorte qu'on est sérieusement autorisé à les considérer comme rentrant dans les attributs caractéristiques des môles.

Nulle part, dans la littérature médicale, je n'ai trouvé la mention de ces formations cellulaires ou de syncytium dans l'anatomie pathologique des môles vésiculaires. *Par contre, ces éléments anatomiques concordent bien, autant du moins qu'il est permis de juger d'après les descriptions et les planches que j'ai consultées, avec ceux qui ont été décrits et figurés pour les tumeurs malignes dérivées des villosités choriales et même en partie, avec ceux des déciduomes,* (faits de Meyer (1), Pestalozza (2), Gottschalk (3), Marchand (4), Hartmann et Toupet (5), Menge (6).

Un caractère différentiel important entre ces tumeurs et les

(1) MEYER. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXIII.

(2) PESTALOZZA. *Il Morgagni*, Anno XXXIII, Parte 1, n° 10.

(3) GOTTSCHALK. *Berl. klin. Woch*„ n° 4 et 5, 1893, et *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLVI.

(4) MARCHAND. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. 1, Hft. 5, p. 419.

(5) HARTMANN et TOUPET. *Annal. de Gyn. et d'Obst.*, avril 1895, p. 285.

(6) MENGE. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXX, Hft. 2, p. 323.

môles hydatiformes, c'est la bénignité de ces dernières opposée à la malignité des autres. Il importe, d'autre part, de faire remarquer que ces tumeurs n'ont rien de commun avec les *môles vésiculaires destructives*, où il s'agit exclusivement de dégénérescence myxomateuse dans l'intérieur de la villosité sans proliférations, libres, de cellules ou de syncytium.

Conclusions : 1° Dans bon nombre de cas de tumeurs malignes des villosités choriales ou de tumeurs déciduales, il y a préexistence de môle vésiculaire ; souvent, des portions de môle restent dans l'utérus au moment de leur expulsion ou de leur enlèvement.

2° *Dans les môles vésiculaires, il existe, d'une manière très régulière, des proliférations, libres, de la masse plasmodiale (symplaste placentaire, syncytium) et de la couche cellulaire sous-jacente des villosités choriales. Ces proliférations, ces productions (cellulaires et plasmodiales) sont histologiquement comparables aux éléments des tumeurs choriales malignes, et, partiellement aussi, aux soi-disant sarcomes déciduaux.*

3° *Il est très probable que les tumeurs malignes du chorion (déciduomes), dans les cas où il y a préexistence d'une môle, tirent leur origine de portions de môle restées dans l'utérus.*

Ces notions justifient les réserves qu'on a faites sur l'absolue bénignité des môles, et la surveillance particulière et constante à laquelle il faut soumettre les femmes qui auront été atteintes de semblables tumeurs. R. Labusquière.

BIBLIOGRAPHIE

Des hématomes pelviens. (Ueber Beckenhämatome.) W. Thorn. *Samml. klin. Vorträge*, nos 119, 120; 1895.

Les conclusions qui se dégagent de cette consciencieuse étude sont les suivantes : 1° On n'est pas autorisé à lier indissolublement l'hématome intra-péritonéal à la grossesse extra-utérine ; il peut être sous la dépendance d'affections diverses des annexes.

2° L'opinion classique que la formation de l'hématocèle rétro-utérine implique la préexistence d'adhérences, de pseudo-mem-

branes, limitant l'espace qui sera le siège de l'hématocèle, est erronée. C'était déjà le jugement de Nélaton, à qui l'auteur donne raison contre Schröder qui avait admis cette préformation des membranes. La disposition anatomique du cul-de-sac de Douglas, celle des surfaces péritonéales, surtout de l'intestin, suffisent à expliquer le mécanisme de l'hématocèle rétro-utérine.

3° En réalité, les hématomes classiques dérivent d'épanchements sanguins, libres dans la cavité abdominale ; tout au moins c'en est l'origine la plus commune.

4° D'une manière générale, sous le rapport de la vie et de la guérison, le pronostic de ces hématomes est tout à fait favorable. Mais, il importe, ce qui est parfois malaisé, de les judicieusement différencier.

5° En ce qui concerne le traitement, il faut également individualiser soigneusement les cas. A l'heure actuelle, en dépit des guérisons opératoires, il faut savoir attendre, et n'opérer qu'au cas d'indications urgentes nettes. Dans le traitement chirurgical, la laparotomie doit occuper le premier rang.

R. Labusquière.

De la syphilis du vagin, de l'utérus et de ses annexes. (Die Syphilis der Vagina, des Uterus und seiner Adnexe), I. Neumann. 1895, Vienne.

1° Hormis la papule humide, suintante, on n'a pas, formellement, constaté, en clinique, d'exanthème syphilitique au vagin, au col de l'utérus, bien qu'anatomiquement on ne puisse en nier la possibilité.

2° Sur 800 observations, on constata 51 fois sur la portion vaginale et seulement 4 fois sur le vagin des manifestations primitives de la syphilis. Le diagnostic, chez les femmes qui ont déjà eu beaucoup d'enfants, n'est pas toujours facile, bien qu'elles soient plus particulièrement disposées à l'infection La proportion des accidents primitifs devrait se montrer plus forte. Outre que ces lésions constituent une source fréquente et prolongée d'infection, elles peuvent produire des strictures cicatricielles, des atrésies, des troubles menstruels.

3° De nombreuses observations ont mis hors de doute la possibilité de l'apparition des manifestations tertiaires (syphilis tardive, gommes, lésions ulcéreuses) sur les organes génitaux

internes. Les gommes siègent surtout à l'entrée du vagin et dans son tiers inférieur. Dans quelques cas, on a observé une dégénérescence gommeuse du vagin.

4° Les récidives *in situ* sont fréquentes.

5° Les maladies syphilitiques des trompes et des ovaires sont rares.

6° Il n'existe qu'un cas d'affection syphilitique du corps de l'utérus. Toutefois, la métrite et l'endométrite représentent une cause fréquente d'avortement et d'accouchement prématuré, et doivent jouer un rôle important dans la stérilité. Il est, en certains cas, difficile d'établir leur relation étiologique avec la syphilis.

7° Les données statistiques mettent en relief l'influence défavorable de la syphilis sur la descendance.

8° Les recherches microscopiques éclairent mieux la fréquence de la mort du fœtus (altérations syphilitiques de l'endo et du myométrium ; du placenta, endo-périartérite, thromboses, oblitérations incomplètes ou complètes de vaisseaux placentaires, etc.).

R. LABUSQUIÈRE.

Les maladies des trompes. (Die Krankheiten der Eileiter), par A. MARTIN. Von Besold, Leipzig, 1895.

Les nombreux travaux, publiés dans ces dernières années sur les diverses affections des annexes, font que leur étude est toute d'actualité. Le volume que publie aujourd'hui A. Martin, avec la collaboration de Wendeler, de Kossmann, d'Orthmann, de Sänger et de Barth comprend l'histoire des maladies des trompes. Après un premier chapitre d'anatomie normale, de développement et de physiologie, vient le chapitre important de la pathologie des trompes : les anomalies, les troubles circulatoires, les maladies infectieuses et les néoplasmes sont successivement étudiés. L'ouvrage se termine par un chapitre sur la grossesse extra-utérine. De nombreuses figures fort bien exécutées et une bibliographie assez étendue des travaux récents rendent ce livre intéressant à posséder pour tous ceux qu'intéressent actuellement les études gynécologiques.

Les diverses formes de la grossesse extra-utérine. (Beitrage zur Kenntnis der ektopischen Formen der Schwangerschaft), par DEMETRIUS VON OTT. Von Besold, Leipzig, 1895.

Monographie donnant un exposé complet de l'histoire de la grossesse extra-utérine. L'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic et le traitement sont successivement abordés. Vingt-deux observations personnelles, accompagnées de trente-huit figures, éclairent les points principaux de cet ouvrage, important par le nombre des matériaux nouveaux qu'il contient.

Troubles et accidents de la ménopause, par BARBAUD et ROUILLARD : préface de Labadie-Lagrave, Paris, 1895.

Après avoir décrit les phénomènes liés à l'évolution de la fonction génitale, depuis l'établissement de la puberté jusqu'au terme définitif de la période cataméniale, MM. Barbaud et Rouillard étudient la pathologie de l'âge critique en insistant plus particulièrement sur les troubles nerveux. C'est une monographie ayant trait à la gynécologie médicale, un peu mélangée de fantaisies littéraires et de réclame pour une station balnéaire.

Œuvres de Léon Le Fort, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, publiées par le Dr FÉLIX LEJARS, (Tome 1er, 1 fort volume in-8°, 20 fr. — Félix Alcan, éditeur. Paris).

Les œuvres complètes de Léon Le Fort comprendront trois volumes. Le premier qui vient de paraître est consacré à *l'Hygiène hospitalière*, à *la Démographie* et à *l'Hygiène publique ;* il débute par l'Éloge de Le Fort, prononcé à la Société de Chirurgie par Ch. Monod.

Sous le titre général *d'Hygiène hospitalière*, inscrit en tête de la première partie, sont reproduits les travaux de Le Fort sur des questions qui toute sa vie l'ont préoccupé. Le groupement chronologique permet de suivre l'évolution progressive de sa pensée. C'est d'abord sa *Note sur quelques points de l'Hygiène hospitalière*, écrite en 1862, à la suite d'une longue enquête sur les hôpitaux anglais; son livre des *Maternités*, paru en 1866, où l'on trouve émise et démontrée pour la première fois la doctrine contagionniste, qui lui appartient ; ses mémoires sur les *Hôpitaux sous tente*, sur le *Pansement simple par balnéation continue*, sur le *Germe Ferment* et le *Germe Contage*, sur les *Pansements et la mortalité*, enfin l'introduction à la 9e édition du Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, où il expose et résume toute son œuvre.

La seconde partie est réservée à la *Démographie* et à *l'Hygiène publique*. Dès 1867 Léon Le Fort signalait le lent accroissement de la population française et le déficit relatif de la natalité, dans deux mémoires longuement documentés, et publiés, l'un par la *Revue des Deux Mondes*, l'autre par la *Gazette hebdomadaire*. En 1870, il répétait le même cri d'alarme, en appelant l'attention sur une autre cause d'affaiblissement de nos forces nationales : la mortalité des nouveau-nés. Vingt ans plus tard, la question de *dépopulation* venait en discussion devant l'Académie et il y prenait part avec une autorité toute spéciale. L'abondance et la précision des documents et des statistiques ne nuisent en rien au charme de ses discours. Il en est de même de ses autres discours. académiques, sur la *Prostitution*, sur la *Vaccination obligatoire* et l'*Isolement des varioleux*, etc.

Le second volume sera réservé aux travaux de Le Fort sur la *Chirurgie militaire* et l'*Enseignement;* le troisième à ses travaux de *Chirurgie proprement dite*.

De la nécessité, dans les maisons d'enseignement, pour les étudiants « contaminés » de s'abstenir de toute pratique obstétricale. (Ueber die in klinischen Lehranstalten bestehende Nothwendigheit einer geburtshilflichen Abstinenzzeit für « infircirte » Studenten), par OTTO SAROVEY (Tubingen). *Sammlung klin. Vorträge*, 1895, n° 122, p. 363.

Quelques mots sur l'importance diagnostique des empreintes humaines, etc. (Einige Worte über die sematologische und diagnostische Bedeutung der menschlichen Gangspuren oder Ichnogramme), par F. NEUGEBAUER (Varsovie). *Sammlung klin. Vorträge*, 1895, n° 126, p. 407.

De l'œdème aigu intermittent du col utérin chez la femme enceinte et la parturiente. (Zum Œdema acutum cervicis uteri gravidi, parturientis s. puerperalis intermittens), par A. GEYL. *Sammlung klin. Vorträge*, 1895, n° 128, p. 445. — L'auteur après avoir étudié cette singulière affection sur laquelle, dès 1872, M. Guéniot a publié une intéressante monographie, conclut, en ce qui concerne le traitement, de la manière suivante :

« Comme toute augmentation de la pression intra-abdominale

crée une condition favorable à la production et à la persistance de cet œdème du col de l'utérus, le premier soin consiste à faire placer la femme dans le décubitus dorsal avec le siège élevé. Il est sans doute toujours permis à un médecin impatient, surtout quand il s'agit de malades pusillanimes, de procéder à une tentative prudente de reposition. Mais il ne faut pas oublier que la reposition peut échouer et que la manœuvre, même quand elle ne réussit pas, est susceptible de provoquer la perte de connaissance. Dans tous les cas, il faut éviter d'administrer les opiacés qui sont plutôt de nature à augmenter l'inertie et le relâchement de la matrice. Par contre, il est rationnel de recourir aux fortifiants de l'activité utérine (ergotine, ergot de seigle, etc.). Quand l'œdème survient au cours du travail, certaines circonstances (état de l'enfant, impuissance de l'utérus, etc.) peuvent constituer des indications précises à une thérapie active.

Tumeurs kystiques de la voûte vaginale. (Cystic tumors of the vaginal vault, with report of two cases), par E. H. Wiggin. Ext. du *New. med. J.*, 13 juillet 1895.

Qualités requises pour un bon forceps ; forceps perfectionné, etc. (Requisiti di un buon forcipe ; un forcipe perfezionato ; Studio critico, clinico e sperimentale), par Dr L. Bordé (Bologne), 1895

R. L.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE HISTOLOGIQUE DES MODIFICATIONS DE L'UTÉRUS DANS LA GROSSESSE TUBAIRE

Par le Dr **A.-H. Pilliet.**
Chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité.

I. — Exposé et historique.

La question de la grossesse tubaire était récemment encore tout à fait restreinte. En effet, on ne reconnaissait comme grossesse ectopique que celle dans laquelle se rencontrait l'embryon en dehors de l'utérus. Une observation de Ch. Robin, insérée dans la thèse de Fenerly sur l'hématocèle péri-utérine en 1855, avait bien permis d'établir le diagnostic de grossesse dans une hémato-salpingite, par la seule constatation des villosités placentaires dans le caillot de la trompe examiné au microscope, en l'absence de tout embryon ; mais à cause du faible développement des études de microscopie clinique à cette époque, elle ne fut pas utilisée et ne put servir de point de départ à des recherches plus précises.

C'est Lawson Tait qui, dans son livre sur les maladies des ovaires et dans différents autres ouvrages, a rattaché l'hémato-salpingite, l'hématocèle péri-utérine, la rupture de la trompe, et une série d'autres accidents de moindre importance, à la greffe d'un ovule sur la muqueuse tubaire, en

ajoutant que cette greffe ne pouvait, dans la plupart des cas se faire qu'à la suite d'une inflammation de la trompe, dénudant sa surface et la rendant plus vasculaire. C'était faire de la grossesse ectopique la complication fort grave d'affections inflammatoires utéro-tubaires souvent bénignes; c'était relier, au point de vue de leur pathogénie, une série d'accidents souvent fort disparates; car l'hémorrhagie interne, la métrite fongueuse, les suppurations pelviennes peuvent résulter de l'insertion de l'ovule sur la trompe; c'était surtout attirer l'attention sur les pièces enlevées de plus en plus fréquemment par le chirurgien. Bland Sutton, Allan Doran, pour l'Angleterre; Ruge, Veit, pour l'Allemagne; d'autres auteurs, dont je fais partie en France, se mirent à ces examens d'hémato-salpingite, et le premier résultat obtenu fut une constatation fort importante, celle de la fréquence extrême de la grossesse tubaire. Pour ma part, grâce à l'obligeance des chirurgiens des hôpitaux, je n'en ai pas eu à examiner moins de 25 cas dans ces dernières années; et même si l'on admettait que j'ai centralisé le plus grand nombre des cas rencontrés, le chiffre est déjà respectable.

Dans la plupart de ces observations, il s'agissait de grossesses tubaires sans embryon. C'est en effet la règle. La grossesse tubaire avec embryon est la plus rare, comme nous le verrons tout à l'heure, et elle paraît s'accompagner d'accidents très graves. La plupart des pièces de collection, anciennement connues, dans lesquelles la présence d'un embryon dans la trompe avait frappé les observateurs, se rapportent à des cas de mort subite par hémorrhagie interne. On conçoit que dans ces faits, la régression de l'embryon et sa disparition qui font partie d'un même processus curatif n'aient pu se produire; on conçoit aussi comment les anciens observateurs n'aient pu avoir sur la fréquence et les complications de la grossesse tubaire que des idées très restreintes se rattachant à un petit nombre de faits bien précis pour eux et caractérisés par la présence de l'embryon dans la trompe.

Mais puisque les recherches microscopiques nous ont

montré que ces faits sont les plus rares, que le domaine de la grossesse tubaire est très étendu, que c'est une affection fréquente quand on veut la chercher, nous devons chercher à préciser les différents points de son histoire. Il en est un qui peut être intéressant au point de vue de la séméiologie et du diagnostic : c'est celui qui concerne l'état de l'utérus quand un ovule fécondé se greffe sur une trompe. On sait déjà qu'il s'y développe une caduque, mais quelle est l'évolution de cette caduque; que devient le muscle sous-jacent ? Voilà des questions dont l'importance était bien minime quand la grossesse tubaire était regardée comme une rareté, mais dont les solutions prennent une grande importance théorique et pratique, maintenant que nous nous trouvons en présence d'une maladie courante.

C'est ce que j'ai essayé de rechercher dans les observations suivantes. Je me suis surtout servi des pièces qui étaient déposées au Musée Dupuytren et qui avaient besoin d'être remises en état. Sur les débris nécessités par le nettoyage et le parage de ces pièces, j'ai pu trouver les renseignements nécessaires sans compromettre l'aspect des pièces elles-mêmes, comme il est facile de s'en assurer. J'ai résumé, d'après le catalogue Houel, l'observation ou les fragments d'observation qui se rapportaient à chaque cas avant de donner les résultats de l'examen histologique. Mais auparavant, il convient de jeter un coup d'œil sur l'état de la science française au moment où ces différentes pièces ont été recueillies ; on y verra que beaucoup d'idées fécondes et données maintenant comme neuves ont été émises autrefois par les cliniciens auxquels il ne manquait que la sanction du laboratoire pour pouvoir affirmer ce qu'ils avaient pressenti et qu'ils ne pouvaient présenter que comme hypothèses.

En d'autres termes, l'historique de la grossesse tubaire telle qu'elle est actuellement comprise étant faite pour la France, de 1892 à 1895, dans les thèses de Joüon, W. Binaud, Cestan, Goupil, Gobillot, etc., qui sont en partie inspirées

par mes observations personnelles et par les bulletins de la *Société anatomique* pendant la même période ; j'ai l'intention de laisser cet historique de côté et de le remplacer par une revue des principales observations françaises antérieures à la théorie de Lawson Tait, pour montrer ce que pensaient nos cliniciens à la veille de cette petite révolution. C'est un côté de la question qui a été un peu négligé et qui nous permettra de rendre justice à des savants qui ont toujours été sur la piste de la vérité, qui ont cru plusieurs fois la tenir et auxquels il n'a manqué, pour récompenser leur perspicacité, que le contrôle bien entendu du microscope, l'aide des gens de laboratoire.

L'existence de la caduque du corps de l'utérus dans la grossesse ectopique est connue depuis longtemps des embryologistes. Kölliker, dans son Embryologie (trad. Schneider, 1882, p. 388), dit que cette caduque n'est que la muqueuse interne hypertrophiée et hyperhémiée. Il ajoute que ce processus est le même que celui qui s'accomplit au moment des règles. La régénération de la muqueuse se fait pour lui dans un délai de trois à cinq semaines (p. 363). Enfin il admet l'existence d'une caduque vraie rudimentaire dans la grossesse abdominale (p. 364). La plupart des auteurs de traités d'embryologie reproduisent ces données ; et ce sont elles que l'on trouve aussi dans la partie théorique des différents traités d'accouchement. Nous nous dispenserons donc de les énumérer. Il nous suffit de tenir pour constant qu'il se forme une caduque dans l'utérus, alors que l'insertion placentaire se forme dans la trompe ; ce qui ne peut nous étonner, puisque trompe et utérus ne sont que des parties nullement différenciées chez un grand nombre de mammifères adultes d'un même organe, le canal de Müller. La caduque de la grossesse tubaire est beaucoup plus volumineuse, plus boursouflée que la caduque de la grossesse utérine normale. Nous aurons à en chercher la raison. Elle s'arrête au col de l'utérus ; mais le plus souvent la membrane est rompue par suite des écoulements qui, dans l'af-

fection qui nous occupe proviennent soit de l'utérus, soit de la trompe. D'autre part, elle est théoriquement en continuité avec la caduque de la trompe qui contient l'ovule ; mais ici il se produit un phénomène inverse. La trompe étant le plus souvent enflammée au préalable (qu'on se rappelle le point de départ de la théorie de Lawson Tait), s'oblitère en son point le plus étroit, c'est-à-dire dans l'isthme de Barker. Ce point est, en effet, très rarement le siège de la greffe ovulaire. D'autre part, la caduque de la trompe présente des caractères particuliers que nous aurons à voir. Elle paraît surtout épithéliale et caractérisée par la prolifération des cellules épithéliales qui tapissent les franges intra-tubaires. Ces éléments se multiplient et viennent au contact des deux couches constitutives de la caduque : la couche perforée ou glandulaire profonde et la couche superficielle compacte, contenant les cellules déciduales proprement dites ; la première seule se trouve nettement représentée dans la caduque tubaire, et encore sous une forme qui la distingue entièrement de la caduque utérine. C'est ce qui a rendu sa recherche assez difficile jusqu'à présent, comme on le peut voir dans l'excellent chapitre consacré par Goupy à ce sujet dans sa thèse sur l'intervention dans la grossesse tubaire (1894), où la bibliographie de ce point est rapportée et critiquée.

Ainsi donc, on peut s'attendre à trouver à un certain moment de l'affection, et c'est celui où les symptômes viennent à commander l'examen, une caduque utérine ouverte au niveau de l'orifice du col, et pouvant être privée de relations avec la caduque tubaire qui a été son point de départ. C'est un détail qui a préoccupé les observateurs que nous allons maintenant passer en revue.

Signalons auparavant, pour en finir avec la bibliographie des caduques, Léopold *(Archives f. Gyn.*, 1876, t. X, p. 648), et Ercolani qui a décrit, en 1874, la structure de la caduque utérine dans la grossesse extra-utérine, à la suite de ses recherches sur le placenta. Nous n'analyserons pas ces travaux, car nos résultats concordent pour le fond avec ceux

de ces auteurs. Il en est de même de Schröder qui indique une endométrite interstitielle post-abortive tout à fait comparable à ce que nous retrouverons après la chute de la caduque (*Maladies des organes génitaux de la femme*, édit. belge, 1886, p. 125).

Parmi toutes les hypothèses émises pour expliquer l'hématocèle rétro-utérine, celle qui a eu jusqu'à ces derniers temps le moins de succès est certainement celle de la grossesse tubaire, qui est la vraie dans la plupart des cas. Pourtant elle a été formulée à différentes reprises, soit sous cette forme précise, soit sous la forme plus générale et plus vague de ponte menstruelle intra-péritonéale, sans fécondation de l'ovule. Cette dernière idée remonterait à Récamier qui, en 1831, dans la *Lancette française* du 21 juillet, a publié un cas d'hématocèle traitée par l'incision vaginale, auquel il attribue l'origine que nous venons de citer. Nous citons cette observation d'après Nonat et Linas (*Traité pratique des maladies de l'utérus*, éd. 2, 1869). Viennent ensuite Vigues, dans une thèse de 1851, sur les tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme, et Nélaton, dans ses cliniques, et dans la *Gazette des hôpitaux* de 1851, qui relient les hématocèles rétro-utérines observées par eux à une ponte menstruelle, et à la congestion exagérée du follicule.

Aran (*Maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1858, p. 751) a fait preuve d'une clairvoyance rare dans cette question. A la suite des travaux de Nélaton, il eut l'occasion de publier, en 1853, un cas d'hématocèle rétro-utérine, et voici comment il l'apprécie lui-même dans son traité, en 1858 : « On était loin de se douter avant le cas que j'ai communiqué à la Société de chirurgie, en 1853, que l'hématocèle pût être le résultat de la rupture d'un kyste tubaire ou ovarique contenant un fœtus. » Sa proposition est donc formelle ; et c'est la présence de l'embryon qui l'avait mis sur la voie. Pourtant il a pensé aux cas dans lesquels cet embryon pourrait faire défaut. C'est ainsi qu'il cite l'observation d'hématocèle de Fenerly (th. Paris, 1855, n° 31) dans lequel l'examen de

Ch. Robin a permis de retrouver des villosités placentaires dans le caillot.

Il rapporte une série d'observations démonstratives. C'est une femme de 30 ans, morte d'hémorrhagies; on retrouve un fœtus dans un caillot de la trompe. L'utérus a 8 centimètres et demi. La caduque était tombée. La malade avait présenté les symptômes cliniques d'un avortement de deux mois et demi (obs. 22, p. 792).

Il devance même Lawson Tait dans la partie fondamentale de sa théorie, car après avoir affirmé, comme nous venons de le voir, par des observations, le rôle de la grossesse tubaire dans la production des tumeurs sanguines péri-utérines, il entrevoit le second terme de la proposition de Tait: le rôle de l'inflammation.

Nous le voyons insister sur la fréquence de la métrite dans la pathogénie de ces accidents. Il dit formellement que cela ne se produit jamais chez des personnes *bien portantes, et surtout chez des personnes dont les organes sexuels sont dans un état d'intégrité parfaite*. Pour lui, c'est la conséquence d'un travail morbide préexistant.

Ainsi Aran a distingué l'ensemble des faits dont nous nous occupons, et les a rattachés à leur véritable point de départ; en critiquant la théorie de Trousseau sur l'hématocèle cataméniale, de Bernutz sur le reflux des règles, de Laugier et Nélaton sur la congestion du follicule, il a indiqué la théorie moderne, mais n'a pu l'édifier complètement. Le même sort était réservé à un autre clinicien de grand mérite, à Gallard.

Nous trouverons rassemblées dans ses leçons cliniques sur les maladies des ovaires, publiées en 1886, les observations publiées depuis le traité d'Aran, et en particulier celle si importante de M. Duguet, qui paraît avoir exercé une profonde impression sur l'esprit de Gallard. Elle avait été publiée dans les *Annales de gynécologie* en avril 1874, t. I, p. 269. Il s'agit d'une femme qui fut atteinte de métrorrhagie et d'hématocèle en même temps et expulsa, avant sa mort, une caduque utérine presque complète. L'autopsie permit de retrouver des fragments adhérents de caduque dans l'uté-

rus, une déchirure du placenta tubaire, et de reconnaître ainsi la double origine de cette double hémorrhagie : L'embryon était dans la trompe. Une observation comparable avait été faite par Schröder en 1874. En 1878, M. Dumont-Pallier en rapporta une autre (*Annales de gynécologie*, t. IX, p. 1). M. de Sinéty avait rapporté dans son *Traité de gynécologie*, 1879, un certain nombre de faits semblables, dont un personnel, rapporté par lui à la Société de biologie en 1877. Gallard, frappé de ces cas, assimile l'hématocèle à une grossesse extra-utérine. Il cite même des observations d'expulsion de caduque dans l'hématocèle. L'une est de Huguier et Dubois. Il rapporte l'avis de Denucé qui, dans une observation publiée en 1853, conclut que les hématocèles sont peut-être dues à une grossesse extra-utérine avec fœtus inaperçu. Mais les cas sur lesquels il s'appuie sont ceux dans lesquels on trouve l'embryon; c'est le petit nombre, l'exception. Aussi Gallard hésite; il a peur de sa propre opinion; et il se rallie à la théorie de la ponte menstruelle, qui seule expliquait alors les cas d'hémato-salpingite et d'hématocèle sans fœtus. Ainsi il a cotoyé la vérité ; on peut même dire, quand on parcourt son livre, qu'il l'a saisie, mais il n'a pu la démontrer.

Pour terminer cette revue rapide, il nous reste à parler d'une affection que l'étude de l'évolution de la caduque utérine dans la grossesse tubaire permet certainement de rattacher à cette affection dont elle n'est souvent qu'un épiphénomène, c'est la dysménorrhée pseudo-membraneuse, cette singulière maladie sur laquelle on a tant écrit. Il est évident que l'expulsion d'une caduque utérine, quand l'œuf existe inaperçu dans une trompe, constitue un cas typique de dysménorrhée membraneuse. Il s'agit de savoir si c'est une variété plus ou moins rare de la maladie, ou si c'est le type qui se rencontre le plus souvent. Nous n'hésitons pas à pencher pour l'affirmative; le dépouillement des observations déjà publiées est probant. Il est même surprenant que cette hypothèse, qui est la plus plausible, soit la dernière à laquelle on ait pensé; mais nous venons de constater le même

phénomène à propos des tumeurs sanguines pelviennes de la femme. Il existait dans cette partie de la gynécologie tout un *caput mortuum* de choses disparates qui se trouvent maintenant logiquement reliées entre elles par la greffe de l'ovule dans la trompe ; car elles ne sont que des symptômes ou des complications de cet accident.

Si l'on parcourt le mémoire si développé de MM. Huchard et Labadie-Lagrave, où se retrouvent la plupart des cas antérieurs (*Archives de médecine*, 1872), on constate dans la plupart de leurs observations le retard des règles, l'expulsion très douloureuse d'un corps membraneux et de débris qui ne contiennent pas de glandes, mais montrent dans l'eau des filaments étirés, blanchâtres, villeux. L'accident est unique, mais de longue durée ; il survient chez des femmes atteintes déjà de métrite et même de lésions des annexes ; car bien que ces affections ne fussent pas connues à cette époque, on note de la rectite, probablement de voisinage, chez la plupart des malades. Les deux auteurs que nous venons de citer font aussi reproduire le dessin (fig. 3) d'une membrane expulsée dans laquelle les villosités placentaires sont parfaitement reconnaissables, ce qui montre qu'une variété de dysménorrhée peut être rattachée à un avortement utérin inaperçu. Pourtant, malgré les symptômes de début si semblables à ceux de l'avortement, les auteurs se basant sur l'absence de fœtus dans le produit villeux expulsé, font de la maladie une endométrite. En effet, il y a dans la dysménorrhée en général une endométrite antécédente, puis une grossesse tubaire, enfin une expulsion de caduque ; c'est ce qui ressort des observations avec le caractère de l'évidence, et aussi des descriptions histologiques où l'on constate surtout des vaisseaux oblitérés.

Du Tremblay (thèse de Paris, 1887, nº 222), dans un travail sur l'étude de la dysménorrhée membraneuse par le microscope, après une critique des opinions déjà émises, rappelle que la membrane dysménorrhéique ressemble beaucoup à la membrane villeuse de Ruysch, caduque de Hunter, et que cette remarque a été faite depuis fort longtemps. On la

trouve exprimée par Demnan en 1795. Il rapporte aussi des observations probantes au point de vue qui nous occupe, et dans lesquelles on retrouve le retard des règles, l'expulsion d'une membrane avec douleurs dans la région lombaire. Et pourtant, en l'absence de fœtus, il écarte la théorie de l'avortement; après l'avoir discutée et avoir rappelé que c'était l'opinion ancienne de Raciborsky, il se rattache à la théorie de Scanzoni sur la congestion de la muqueuse à l'époque menstruelle, sur la mue cataméniale, la ponte ovulaire simple. Son raisonnement est le même que celui de Gallard pour l'hématocèle, il le conduit à la même théorie, à la même erreur, toujours parce que, dans l'immense majorité des grossesses tubaires, on ne rencontre plus le fœtus au bout d'un délai très court, et qu'on ne savait alors retrouver la preuve de la grossesse dans les autres débris de l'œuf.

L'étude de la caduque en place nous permettra de préciser son caractère et de montrer que, dans bien des cas, l'examen de débris de curettage ou des produits expulsés ne peut donner beaucoup d'indications. On en devra conclure que, dans la plupart des cas de dysménorrhée membraneuse, il faut examiner les trompes au point de vue de la grossesse tubaire. On trouvera là bien souvent la cause première de l'affection. Si dans les observations qui vont suivre, les malades n'avaient pas succombé subitement, et si l'on n'avait pas trouvé à leur autopsie un embryon dans une trompe, et une caduque encore en partie adhérente, comme dans le cas de M. Duguet, ces cas auraient été certainement classés comme dysménorrhées membraneuses.

Il reste à expliquer pourquoi, la grossesse tubaire étant aussi fréquente que nous l'affirmons, la dysménorrhée reste assez rare, c'est que la caduque utérine ne se détache pas toujours d'un bloc; souvent elle se désintègre peu à peu, comme nous l'allons montrer, et se trouve éliminée partiellement avec des hémorrhagies et des écoulements d'origine utérine que l'on attribue à la métrite parenchymateuse.

Je n'ai trouvé aucun renseignement sur la transformation possible de la caduque utéro-tubaire en déciduome, comme

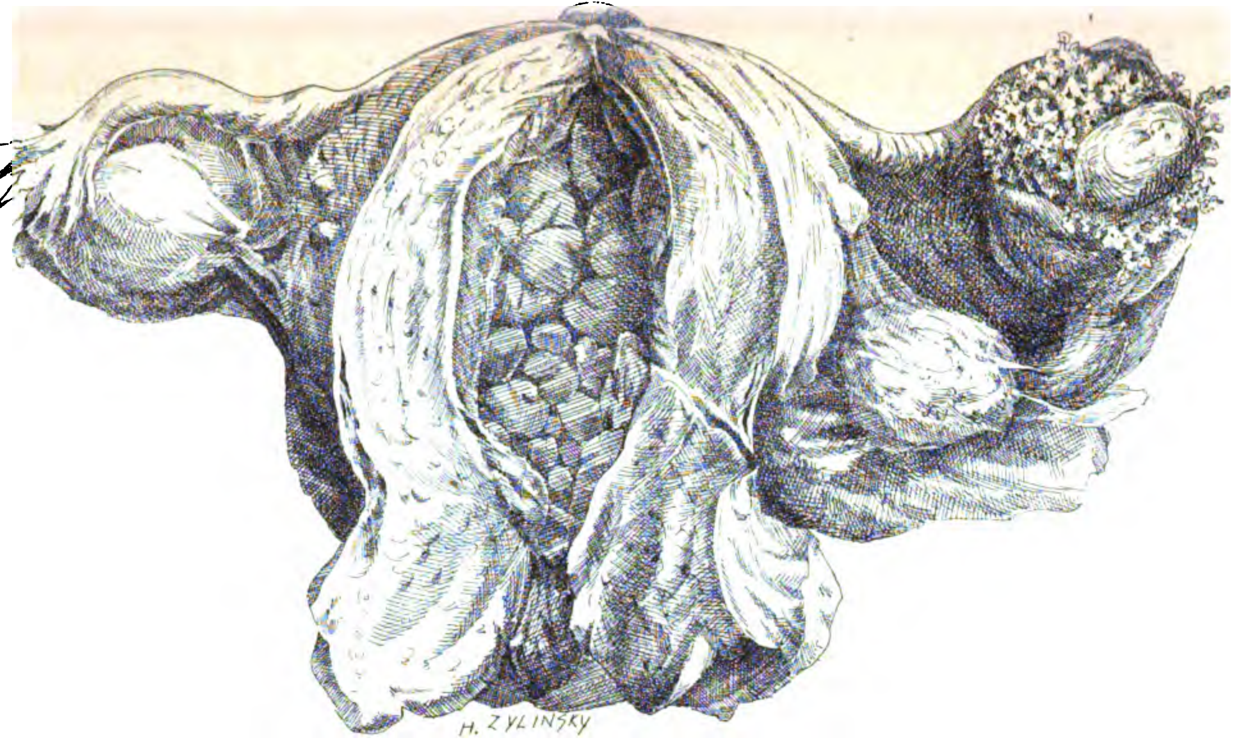


FIG. 1. — Grossesse tubaire gauche ; embryon au milieu des villosités placentaires. La caduque utérine est tomenteuse et boursouflée, les parois de l'utérus épaissies contiennent de nombreux vaisseaux dilatés.

le fait se voit pour la caduque de l'avortement utérin (1).

Obs. 1. (697 a.) — Cette pièce n'est pas indiquée sur le catalogue du musée; *bn* 697, étant représenté par une pièce en cire sans renseignements. Pourtant on trouve sous ce numéro, avec l'inscription grossesse tubaire, un utérus très notablement hypertrophié, avec caduque boursouflée, tomenteuse, et embryon entouré de ses annexes dans la trompe gauche.

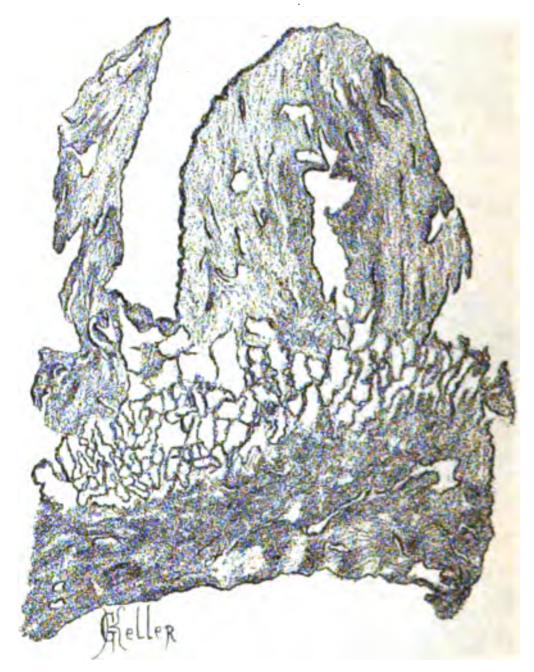


Fig. 2. — Obs. 1. — Vue d'ensemble de la coupe de la muqueuse du corps de l'utérus.

On distingue la couche du muscle utérin avec ses sinus vasculaires dilatés. au-dessus la couche perforée de la caduque, puis la couche compacte de la même caduque avec des vaisseaux extrêmement dilatés.

---

(1) Nous avons analysé une observation dans laquelle il paraît y avoir eu transformation en déciduome de la caduque tubaire, avec foyers métastatiques. Le fait était particulièrement intéressant. *Annal. de Gynéc. et d'Obst.*, septembre 1895, p. 228. R. L.

Examen histologique. — a) *Coupes de la muqueuse utérine.* — Elles ont été pratiquées au fond du corps utérin et à sa partie moyenne. Les résultats de l'examen de ces deux points différents ont été concordants.

Couche compacte. — Sa surface libre est tomenteuse, molle, tapissée de fibrilles conjonctives fines à direction parallèle. Au-



Fig. 3. — Obs. 1. — Couche compacte de la caduque avec ses dilatations vasculaires et ses cellules déciduales orientées autour des petits vaisseaux. Il est à remarquer que les coupes de cette caduque en place rappellent les dessins de coupes d'endométrite fongueuse obtenue par le curettage.

dessous se trouve une nappe considérable de vaisseaux sanguins

dilatés, venant se terminer en une série d'ampoules qui constituent précisément les élevures de la caduque et qui forment une nappe continue ; ces ampoules groupées en bouquets venant au contact les unes des autres. Les vaisseaux ainsi dilatés contiennent des globules rouges en partie décolorés, des pigments qui résultent probablement de l'action du liquide conservateur sur les globules rouges, et enfin des globules blancs en grand nombre. Ils sont entourés d'un tissu d'aspect myxomateux, œdématié, à grandes cellules étoilées, dans lequel se trouvent des vaisseaux lymphatiques distendus et bourrés de leucocytes. Ce que l'on constate d'abord, c'est donc une stase considérable dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques et un œdème prononcé du tissu ambiant.

Ces dilatations vasculaires se retrouvent dans l'épaisseur de la caduque compacte sous forme de vaisseaux perpendiculaires à la direction de la muqueuse. Ils sont plus larges que les dilatations terminales, mais moins nombreux. Ce sont les branches d'origine de ces dilatations. Les cellules déciduales, volumineuses, polyédriques à gros noyaux sphériques ou anguleux, leur forment des gaines concentriques et sont nettement groupées autour de leurs axes naturels. Elles diminuent de nombre au contact de la couche suivante.

Couche perforée. — Elle présente à considérer un stroma et des cavités. Le stroma se continue avec la couche compacte susjacente ; il a de commun avec elle, les vaisseaux qu'il porte et qui vont de la couche compacte à l'utérus, et les cellules déciduales moins abondantes toutefois.

Les cavités de cette couche sont irrégulières avec tendance à prendre la forme quadrangulaire. Ce sont de véritables logettes présentant sur leur paroi interne des saillies bulleuses qui tendent à bourgeonner dans la cavité. Les cellules qui les tapissent sont en général prismatiques, très hautes, groupées en bouquets à extrémité d'insertion effilée, à extrémité libre différant d'un élément à l'autre ; présentant tantôt une cupule à mucus, tantôt un plateau à cils vibratiles.

Au contact du muscle, le stroma s'épaissit, les cavités s'effacent, et les éléments épithéliaux serrés les uns contre les autres forment des boyaux tout à fait semblables à ceux de certains épithéliomas cylindriques de l'utérus. Nous notons le fait à dessein, car

il montre que le curettage indiqué souvent aujourd'hui pour ces affections peut fournir par l'examen microscopique des fragments qu'il ramène des renseignements inexacts. Nous aurons du reste l'occasion de revenir sur ce point.

b) *Coupes du muscle utérin.*— Elles sont surtout composées de fibres lisses dont le volume est très inégal, même dans un faisceau commun. Les unes sont volumineuses, les autres très fines; ce qui se distingue surtout bien sur les faisceaux coupés en travers. Les artères hélicines sont épaissies, en voie d'oblitération, leur lumière est angulaire ou aplatie, et elles sont groupées en bouquets rapprochés, probablement par suite du tassement des tissus environnants. Le tissu conjonctif est assez abondant, mais sans traces manifestes d'inflammation.

En résumé, nous trouvons dans ce cas une grossesse tubaire indiscutable, un utérus en subinvolution et non enflammé et une caduque du corps utérin très épaissie, encore en place. Elle présente distinctes sa couche compacte et sa couche perforée, mais la première est tapissée d'une couche épaisse de capillaires gonflés de sang et œdématiés. Il est facile de prévoir que cet état de la muqueuse pouvait amener un suintement séro-sanguin avec desquamation partielle et désintégration de la caduque, ou un décollement total de cette membrane. L'examen microscopique des fragments rendus ou obtenus par le curettage aurait été difficile, et l'on remarquera combien le fragment de couche compacte de la caduque que nous avons fait dessiner dans ce cas ressemble aux dessins de l'endométrite fongueuse observée après curettage, que l'on voit dans la plupart des traités.

OBS. 2. (N° 700 du catalogue.) — *L'utérus avec les annexes : grossesse tubaire.* — Pièce sans renseignement. L'utérus est plus volumineux qu'à l'état normal; il a près de 8 centim. de long. Sa cavité est également augmentée et tapissée de la membrane caduque. Ses parois à leur partie moyenne ont 18 millim. d'épaisseur.

Dans la trompe gauche existe une cavité contenant un embryon long de 18 millim., entouré de ses membranes. Les parois de la

poche se sont rompues et il s'est produit dans la cavité abdominale une hémorrhagie qui a été rapidement mortelle (Houel).

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — La surface interne de l'utérus présente un aspect légèrement velouté. La caduque est encore en place en certains points, mais très réduite comme si après s'être œdématiée, elle avait perdu son liquide d'imbibition. Il n'en reste que la charpente, et des cavités pour la plupart impossibles à définir, remplies de cellules de la caduque ratatinées et isolées les unes des autres, avec les noyaux qui ne se colorent pas. Les filaments de la charpente contiennent de véritables bouquets d'artérioles terminales qui sont épaissies et oblitérées.

Au-dessus on trouve la couche perforée, qui est très réduite avec un notable épaississement de son stroma. Les cavités forment des fentes allongées tapissées par les cellules cubiques, en partie desquamées. Le stroma est surtout composé de cellules volumineuses, angulaires, ayant les caractères des cellules déciduales de la couche compacte qui est au-dessus, et avec laquelle le stroma se continue sans ligne de démarcation précise. On y retrouve les mêmes bouquets d'artérioles oblitérées que dans la couche précédente. Elles forment sur les coupes des sphérules compactes de tissu conjonctif, ayant un aspect tout particulier.

Le muscle contient beaucoup de noyaux en bâtonnets qui tranchent sur leurs voisins par l'énergie avec laquelle ils fixent les colorants, et en particulier le carmin d'alun. Ses éléments sont volumineux. Les sinus veineux sont encore béants, le réseau artériel en grande partie oblitéré suivant le processus connu pour l'utérus délivré, et pour le détail duquel nous renvoyons au travail de Mayor. (*Archives de physiologie*, 1888.)

En résumé, dans ce cas la caduque n'est pas tombée d'un bloc, mais on ne peut la considérer comme encore en place. Elle s'en est allée en partie ; elle s'est vidée de ses éléments à la suite d'un œdème passif intense ; et il y a désintégration au lieu de desquamation en bloc. Le muscle n'est pas sclérosé.

OBS. 3. (N° 702 du catalogue.) — *Utérus avec les annexes ; grossesse tubaire.* Cette pièce est sans grands renseignements. Tout ce que j'ai pu savoir (dit Houel), c'est qu'elle provient d'une jeune

femme de 23 ans qui a eu auparavant une grossesse normale. D'après les renseignements fournis, la grossesse tubaire devrait être arrivée à environ trois mois et demi. L'utérus est un peu plus développé que normalement, il a 8 centim. de long. Sa cavité est tapissée d'une caduque qui oblitérait l'orifice du col. Les parois de l'utérus ont une épaisseur de près de 1 centimètre.

Dans la trompe droite existe une cavité contenant un fœtus bien conformé, enveloppé de ses membranes. Ce fœtus semble se rapporter à l'époque indiquée précédemment de la grossesse. Il s'est produit une rupture de la paroi de la poche qui a déterminé une hémorrhagie intra-péritonéale rapidement mortelle. (Professeur Monneret, 1862.)

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — a) *Muqueuse du corps utérin.* — La caduque est adhérente et entière, elle présente à considérer



FIG. 4. — OBS. 3. — Coupe de la caduque utérine au niveau de la couche perforée ; cavités irrégulières avec cellules groupées en bouquets sur les saillies des parois de ces cavités.

sa couche superficielle compacte, et sa couche profonde, perforée ;

la couche compacte est très épaisse ; elle atteint 1 centim. environ. Elle est composée de grosses cellules déciduales disposées en nappes serrées et présentant des noyaux fusiformes ou anguleux. Les éléments allongés en losange ont leur grand axe en général parallèle au plan de la muqueuse. Ils sont groupés autour des vaisseaux sanguins adultes, à parois organisées, et aussi autour d'autres vaisseaux sanguins qui paraissent taillés à l'emporte-pièce dans les tissus sans parois bien distinctes, quoiqu'en un certain nombre de points ils montrent un revêtement endothélial.

Dans la profondeur de la couche compacte le tissu devient plus serré, les cellules sont énormes, leur cytoplasma devient très évident, leur noyau est sphérique. Elles sont groupées tant autour des vaisseaux qu'autour des cavités de la couche perforée qui commencent à apparaître.

La cavité perforée se montre parsemée de cavités très inégales tapissées intérieurement par des éléments cellulaires disposés sur deux ou trois rangs d'épaisseur. Ils sont d'un volume remarquable; leur cytoplasme est clair, parsemé de granules fins, leurs noyaux sont volumineux et sphériques ; leur extrémité libre humide, comme s'ils sécrétaient du mucus.

La charpente conjonctive qui entoure ces cavités montre dans ses points nodaux des vaisseaux sanguins adultes et normaux. Le muscle utérin est composé de fibres individuellement volumineuses, les sinus sont encore largement béants ; les vaisseaux artériels bien développés, à parois épaisses, même sans que le processus de sclérose régressive que l'on constate après l'accouchement soit nettement indiqué, si ce n'est sur quelques points.

b) Muqueuse du col utérin. — Il n'existe pas là de caduque. La structure générale du col est conservée. Pourtant les glandes sont extrêmement proliférées et dilatées, comme dans la grossesse normale. Les cellules à mucus sont en place. Le tissu conjonctif qui entoure les grains glandulaires est très chargé de petites cellules rondes et a pris un caractère embryonnaire. Le muscle sous-jacent est divisé et dissocié par la pénétration profonde des bourgeonnements glandulaires. Il n'existe pas d'oblitération des vaisseaux.

En résumé, nous trouvons dans cette observation une caduque encore en place, limitée au corps utérin. Le col est

hypertrophié et ses glandes sont accrues comme dans la grossesse normale, bien qu'à un moindre degré ; le muscle utérin ne présente que de l'hypertrophie simple, sans signes de régression du côté des vaisseaux et sans inflammation interstitielle. La caduque est du reste intacte. Il n'en est plus de même quand la caduque commence à tomber ; c'est ce que nous verrons dans les observations suivantes.

OBS. 4. (N° 700 du catalogue.) — La pièce est sans renseignements. L'utérus est légèrement augmenté de volume en même temps que les parois sont hypertrophiées. Il a une longueur de 9 centimètres. La cavité dilatée est tapissée par la caduque qui a été isolée dans toute son étendue.

La trompe gauche, à peu de distance de l'utérus, présente un renflement qui lui donne à ce niveau le volume d'un petit œuf de pigeon. Dans cette cavité dont les parois fibreuses sont très minces, existait un produit de conception enveloppé de ses membranes. La poche s'est rompue et il s'est produit une hémorrhagie qui a été rapidement mortelle. (M. Thompson.)

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Comme on l'a vu dans la note précédente, résumée du catalogue, la caduque a été disséquée par le présentateur ; il ne nous reste donc que peu de choses à voir sur cette pièce. L'aspect de la surface interne est un peu velouté. La couche profonde de la caduque est restée en partie adhérente. Les débris en sont très minces, très réduits, constitués par quelques plans de la couche perforée, adhérents au muscle, à travers les faisceaux duquel les cavités s'insinuent. Elles sont minces, réduites, presque sans épithélium, le stroma est grêle et parsemé d'artérioles oblitérées. En certains points la couche musculaire est artificiellement mise à nu. Les sinus veineux de l'utérus sont très larges, les artérioles très épaissies ; enfin les fibres lisses sont inégales de volume.

En résumé, la caduque était encore adhérente ; elle a été disséquée au niveau de la couche perforée. Le muscle sous-jacent est encore hypertrophié, mais sans inflammation interstitielle, quoique le processus normal d'oblitération des artérioles soit déjà fort avancé.

OBS. 5. (N° 694 du catalogue du musée.) — *Utérus avec les annexes; hémorrhagie de la trompe utérine.* — Pièce sans renseignements et assez mal préparée. On constate, dit Houel, que l'utérus est volumineux, les parois en sont épaisses, 1 centim. environ, la cavité est aussi augmentée. Dans la trompe droite existait une grossesse tubaire dont on ne voit plus que des débris ; la rupture du kyste a amené une hémorrhagie qui a été rapidement mortelle; mais il est impossible de préciser l'époque de la grossesse. (Professeur Rostan, 1855.)

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Les renseignements fournis sur cet utérus sont, on le voit, peu abondants. La caduque est à peine visible, sur les coupes elle est formée de longs filaments effilochés flottants, ce qui tient à la mauvaise fixation et conservation du tissu. Ces filaments circonscrivent à leur base des cavités béantes, très dilatées, dont quelques-unes sont encore tapissées de l'épithélium des loges de la couche perforée. Sur certains points on retrouve une nappe très mince de tissu homogène à grosses cellules polyédriques et les culs-de-sac étroits remplis de cellules épithéliales tassées; ce sont probablement des glandes en réfection.

Le muscle utérin est épais, parsemé de grands sinus ; le tissu conjonctif intermusculaire est abondant.

En résumé, cette observation nous montre une caduque en partie tombée et un utérus encore épais en subinvolution. Il ne paraît pas très injecté. D'autre part, nous savons que la mort a été rapide, par hémorrhagie. La rupture du kyste tubaire peut donc se produire après la chute de la caduque utérine; elle en est indépendante et résulte d'un processus localisé à la trompe : la végétation du placenta dans l'épaisseur de la paroi tubaire.

OBS. 6. (N° 695 du Musée Dupuytren.) — Pièce sans renseignements; utérus avec les annexes ; hémorrhagies dans les trompes utérines. Les deux trompes sont volumineuses ; la trompe gauche montre une cavité dilatée remplie par un caillot sanguin fibrineux. La pièce est due à Rostan.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Sur les coupes de l'utérus on voit que la couche caduque est mince, et réduite à présenter l'aspect

de bourgeons charnus œdématiés et peu adhérents. Le muscle est à nu en beaucoup de points. On rencontre à son contact quelques culs-de-sac glandulaires en rétention, mais ils sont isolés. Ce qui reste de la caduque adhère sans ligne de démarcation aux faisceaux musculaires. Elle est composée surtout de grosses cellules étoilées et de culs-de-sac pleins de cellules épithéliales dont beaucoup sont polymorphes. Un certain nombre seulement présente un plateau, les éléments sont de dimensions véritablement énormes.

Le muscle utérin est entièrement dissocié par ces accumulations de cellules rondes et fusiformes, et ces lésions s'étendent jusqu'au contact du péritoine. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est épaissi, il présente un œdème inflammatoire marqué ; les faisceaux connectifs sont lâches, séparés par de grandes vacuoles ; les lymphatiques sont élargis, les vaisseaux sanguins entourés de petites cellules rondes.

Examen de la paroi tubaire. — Cet examen était nécessité par le peu de précision de l'observation que nous avons résumée plus haut. Il a permis de formuler le diagnostic rétrospectif de grossesse tubaire.

La paroi de la trompe est très mince ; ses fibres musculaires sont pourtant hypertrophiées, surtout celles de la couche interne, dont les faisceaux circonscrivent les cryptes de la trompe dilatées et tapissées par leur épithélium dont les cellules sont intactes en certains points, alors qu'ailleurs elles sont tassées les unes contre les autres et forment de véritables boyaux pleins. Il y a donc prolifération de ces éléments et réfection partielle de la muqueuse tubaire ; d'où résulte une caduque d'un caractère tout à fait spécial.

On retrouve pourtant encore des villosités placentaires dans le caillot. Elles sont très belles, en partie oblitérées, revêtues par une couche d'ecto-placenta à gros noyaux ovoïdes rangés parallèlement les uns aux autres dans la même gaine plasmique.

Le caillot est fibrineux, avec infiltrat abondant de leucocytes en foyers irréguliers qui devaient lui donner l'aspect puriforme.

En résumé, il s'agit d'une hémato-salpingite due à une grossesse tubaire, avec chute à peu près complète de la caduque et métrite parenchymateuse intense. Ce sont ces

grossesses tubaires sans fœtus qui ont été si longtemps méconnues avant l'examen histologique.

Obs. 7. (N° 698 du catalogue.) — *Utérus avec les annexes, grossesse tubaire.* — La trompe droite contenait un produit de conception dont l'âge n'a pu être déterminé. Elle avait le volume d'un petit œuf. La trompe s'est rompue et il s'est produit un épanchement sanguin dans la cavité péritonéale qui a déterminé une péritonite rapidement mortelle. (M. Barth.)

Examen histologique. — Il s'agit d'une pièce fort ancienne. L'utérus est volumineux ; il mesure 9 centim. de hauteur. Sa surface interne ne présente pas de muqueuse tomenteuse ; elle est légèrement villeuse. Sur les coupes on trouve des débris de caduque effilés, adhérents au muscle, sans trace de séparation. Entre ces filaments se trouvent quelques cavités ; les unes large-



Fig. 5. — Obs. 7. — Paroi musculaire de l'utérus. Bouquet d'artères hélicines en grande partie sclérosées, entourées de traînées diffuses d'inflammation interstitielle du muscle (métrite parenchymateuse).

ment ouvertes et vides, les autres encore circonscrites et tapissées par leurs cellules épithéliales. En beaucoup de points, le muscle est dénudé et ses vaisseaux sont à découvert. Les cellules qui

constituent les débris de la caduque sont toujours les mêmes éléments volumineux, polygonaux, remplis de granulations.

Le muscle utérin présente quelques particularités remarquables. Il est composé de fibres musculaires lisses énormes. Sur la plupart d'entre elles la striation longitudinale se voit avec netteté. Les faisceaux lisses sont noyés dans une gangue conjonctive abondante contenant de nombreux éléments inflammatoires, petites cellules rondes surtout, dispersées de tous côtés et surtout autour des vaisseaux sanguins. Les sinus veineux sont restés extrêmement larges ainsi que les artères, qui bien que sclérosées restent béantes, sans oblitération. Il en résulte que le tissu est parsemé de lacs sanguins. Le processus de métrite parenchymateuse est extrêmement étendu, les fibres musculaires sont par places entièrement dissociées par les éléments inflammatoires; l'aspect général est celui que l'on rencontre dans les métrites parenchymateuses par infection, telles que j'ai eu l'occasion d'en décrire et d'en faire dessiner dans un travail récent de M. H. Delagenière sur l'hystérectomie. (*Archives provinciales de chirurgie*, 1895.)

En résumé, il s'agit d'une grossesse tubaire indiscutable puisque l'embryon a été rencontré dans la trompe d'Erb. La caduque utérine, en grande partie tombée, ne s'est pas reconstituée, le muscle utérin est resté en subinvolution avec métrite parenchymateuse portée à un très haut degré.

Notons que le curettage intra-utérin n'aurait guère rapporté dans ce cas que des débris musculaires et fort peu de caduque.

Obs. 8. (N° 699 du catalogue.) — *Utérus avec les annexes, grossesse tubaire.* — Cette pièce provient d'une jeune femme de 28 ans, présentant des signes de grossesse depuis deux mois et demi, qui fut prise subitement de douleurs vagues dans l'épigastre, de métrorrhagie et mourut avec des accidents de péritonite.

A l'autopsie on constate une hémorrhagie interne; une trompe gauche dilatée, présentant une déchirure qui a été le point de départ de l'hémorrhagie, et contenant un embryon de 20 millim. de largeur. L'utérus est bien enveloppé dans toutes ses parties

et tapissé par une membrane molle et veloutée qui est la caduque. (M. Fleury, 1836.)

Examen histologique. — La caduque est peu apparente à l'œil nu, et ne forme pas les gros bourgeons qu'elle présente sur d'autres pièces. Sur les coupes, on voit la surface interne de l'utérus présenter une couche d'aspect bourgeonnant déchiquetée à sa surface et dans la profondeur. Au-dessous de ces bourgeons charnus se trouvent quelques cavités de la couche perforée, encore reconnaissables, irrégulières et aplaties, avec leurs cellules en parties desquamées; puis, dans la profondeur, au contact du muscle; un grand nombre de culs-de-sac glandulaires, petits, allongés, ayant le diamètre normal des glandes utérines, leur membrane d'enveloppe distincte, et tapissés par un seul rang de cellules prismatiques striées. Le muscle sous-jacent est épais, sa trame interstitielle est abondante; il est parsemé sur les coupes de grands sinus largement dilatés, et de grands îlots d'artères hélicines plissées et sclérosées.

En résumé, sur cette pièce, la caduque est en grande partie éliminée, probablement par œdème et désintégration consécutive; la muqueuse se répare par bourgeonnement à sa surface, pendant que, dans sa profondeur, les véritables culs-de-sac glandulaires réapparaissent à la place des cavités de la couche perforée. Le muscle utérin est encore en état de subinvolution.

Il est à remarquer que le curettage aurait ramené dans ce cas des bourgeons charnus et des culs-de-sac glandulaires peu abondants, ce qui aurait conduit au diagnostic d'endométrite végétante ou fongueuse.

Obs. 9. — Il s'agit d'une grossesse tubaire gauche reconnue à l'autopsie chez une femme présentant une déviation interne avec salpingites et adhérences au petit bassin; ce qui confirme tout ce que nous savons sur les rapports de la grossesse tubaire avec l'inflammation. La pièce a été présentée à la Société anatomique en 1895, par notre collègue M. Sergent, qui a publié l'observation clinique et a bien voulu nous confier l'utérus pour nos recherches personnelles.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — a) *Coupe de la muqueuse du corps utérin.* — Cette muqueuse est couverte de saillies qui se montrent au microscope constituées suivant deux types différents ; dans le premier les saillies contiennent encore des débris glandulaires ; dans le second ce sont presque de véritables bourgeons charnus, bien que l'épithélium superficiel existe déjà. Nous étudierons d'abord celles du premier type.

On trouve en allant de la surface à la profondeur, sur les coupes, une couche mince de cellules déciduales non encore desquamées, au-dessus desquelles se retrouvent des culs-de-sac glandulaires tapissés par les cellules cubiques sur certains points, prismatiques et à plateau sur d'autres. Elles sont mêlées à des éléments caliciformes dont la surface libre est denticulée par les filaments cytoplasmiques qui retiennent le mucus. Ces cellules sont très volumineuses et beaucoup débordent le rang du revêtement épithélial, d'autres sont desquamées dans la lumière des glandes. Celles-ci sont noyées dans un chorion extrêmement riche en petites cellules rondes qui sont infiltrées jusqu'au muscle sous-jacent. C'est dans cette gangue de tissu en prolifération comme le montrent le nombre et le petit volume de ses cellules qu'apparaissent les glandes organisées ; d'abord elles sont peu différentes des lumières vasculaires ; elles n'ont pas de paroi propre, apparente, et semblent creusées directement dans le tissu ambiant. Ce n'est que sur les glandes déjà allongées que se voit la membrane d'enveloppe. Il faut ajouter qu'on ne voit plus trace des cavités de la couche perforée.

Les ilots qui ne contiennent pas de glandes apparaissent comme de véritables bourgeons sessiles à surface libre arrondie, découpés et isolés les uns des autres par des fissures au fond desquelles se trouvent des glandes en voie de développement, obliques, irrégulières, non ramifiées, ayant l'aspect de cryptes et rappelant par conséquent les glandes en cours d'apparition chez le fœtus.

Elles sont entourées d'une zone épaisse de petites cellules rondes que l'on retrouve dans le chorion juste au-dessus de l'épithélium qui recouvre les gros bourgeons charnus. Ce dernier, déjà développé, repose sur ce lit épais d'éléments jeunes. Ses cellules sont très petites, cubiques, à plateaux, disposées sur un seul rang au-dessus d'une membrane basale bien nette. Sur certains bourgeons l'épithélium est formé d'une seule assise de cellules plates.

b) *Coupe du muscle utérin.* — On retrouve des culs-de-sac glandulaires isolés et peu nombreux à une grande profondeur entre les faisceaux musculaires. Ceux-ci sont composés de fibres



FIG. 6. — OBS. 9. — Coupe de la cavité utérine.

Muqueuse utérine en voie de réparation dans une grossesse tubaire. La caduque est en grande partie tombée et les glandes en tubes de la muqueuse du corps sont en train de se reformer. Il existe une légère inflammation du muscle sous-jacent.

à noyaux plutôt ovalaires qu'en bâtonnets. Les artères hélicines sont réunies en bouquets et leurs branches montrent un épaississement considérable de toutes leurs tuniques. Le processus d'oblitération physiologique est très avancé, et dû surtout à la prolifération du tissu conjonctif interstitiel de la couche de fibres musculaires lisses du vaisseau ainsi qu'à l'épaississement de l'endartérite. Les sinus veineux sont peu abondants.

c) *Coupe de la trompe gauche.* — On trouve dans la trompe un caillot à peine fibrineux parsemé de grandes cellules pigmentées, surtout au niveau de l'adhérence du caillot à la paroi. Celle-ci est très mince. Les franges de la surface interne ont disparu au niveau de l'adhérence. Les vaisseaux du chorion sont dilatés. On trouve un certain nombre de villosités atrophiées et en transformation fibreuse au niveau de l'union du caillot et du chorion. Cet examen était nécessaire pour établir la nature de l'affection, car il s'agissait d'un hématosalpinx sans fœtus.

En résumé, il s'agit d'une grossesse tubaire observée sur un utérus chroniquement enflammé ainsi que ses annexes. Le fœtus est résorbé, le processus marche donc vers la guérison. Du côté de l'utérus nous observons la réparation de la muqueuse à la suite de l'élimination de la caduque; la réapparition de l'épithélium et des glandes. Dans le muscle, le retour à l'état physiologique se dessine parallèlement à la diminution de calibre des artères. Ce cas est donc un type de réparation de l'utérus à la suite de la chute d'une caduque d'origine tubaire.

II. — Conclusions.

Dans la grossesse tubaire, il se forme une caduque vraie. D'après les caractères généraux recueillis dans différentes observations, on peut considérer qu'elle tombe dans un délai qui varie de six semaines à trois mois à partir de la conception. Nous devons donc envisager :

1° L'état de la caduque en place ;

2° L'état de l'utérus après la chute de la caduque.

1° *La caduque étant en place* est très notablement tuméfiée et boursouflée. Elle l'est beaucoup plus qu'une muqueuse

normale, du moins au bout d'un certain temps. Cela tient à ce que la couche perforée et la couche compacte sont très développées, et que la partie la plus superficielle de cette dernière est remplie de bouquets vasculaires et transformée en une véritable nappe de sang, par suite de l'œdème qui résulte de l'involution de l'utérus et de ses vaisseaux sanguins. Le tissu de la caduque est également œdématié. En place, elle peut donc donner lieu avant de se décoller à des hémorrhagies dans lesquelles le sang sera plus ou moins dilué, à de véritables exsudations.

Ces hémorrhagies devront être distinguées de celles qui proviennent, vers la même époque et sous les mêmes influences (poussées de règles, fatigues sexuelles), du placenta tubaire décollé. Ces dernières sont formées par de véritables caillots, noirs et épais, et elles contiennent des villosités placentaires. Ces processus étant simultanés, on se rend compte des difficultés cliniques qui se sont rencontrées dans l'étude de l'hématocèle ou de la dysménorrhée.

La caduque peut se détacher d'un bloc, ou se vider peu à peu de ses éléments emportés par le flux séro-sanguin. C'est dans ces conditions qu'elle est le plus difficile à reconnaître. Quand elle est encore en place, les débris rapportés par le curettage peuvent les faire reconnaître, surtout s'ils sont examinés sur les coupes. Mais il faut apporter une grande attention à ne pas confondre l'aspect de la couche compacte parcourue de capillaires avec celui du tissu sarcomateux ou simplement fongueux. Cette erreur est aisée à commettre ; il suffit, pour s'en convaincre, de comparer le dessin de couche compacte que je donne à ceux d'endométrite fongueuse qui se trouvent dans les auteurs. Tant que la caduque est en place le muscle sous-jacent est hypertrophié, son involution se fait lentement, mais il ne paraît que peu ou pas enflammé.

2° *La caduque étant tombée* en tout ou en partie, la muqueuse utérine doit se refaire. Mais il est à remarquer que sur les utérus ainsi dénudés pour une certaine période de temps et déjà altérés au préalable dans la plupart des

cas, on rencontre tous les signes d'une métrite parenchymateuse très accusée, grosses lésions vasculaires, dissociation des faisceaux musculaires par des faisceaux de cellules embryonnaires. Ces lésions inflammatoires s'étendent jusqu'au péritoine. Je les ai trouvées au moins aussi accusées que sur les utérus enlevés pour métrite et adhérences (observations publiées par M. Delagenière). L'affection peut donc se compliquer à ce moment de métrite interstitielle, retardant encore l'involution et amenant avec elle son cortège de symptômes.

Le curettage dans ces cas ne peut fournir que fort peu de renseignements, comme nous l'avons noté dans les observations. En effet, la caduque n'est plus en place. C'est l'examen clinique, et surtout la recherche de la trompe, qui pourront éclairer le diagnostic.

Enfin les débris profonds de la couche perforée sont l'origine de nouvelles glandes utérines, qui d'abord prolifèrent au sein d'un tissu jeune très abondant. L'épithélium réapparaît, d'abord plat, puis cubique. La métrite parenchymateuse pouvant persister au-dessous, on se trouvera peut-être amené à examiner les débris d'un curettage fait dans ces conditions, et si l'évolution de la maladie n'a pas été suivie, le microscope ne pourra que déceler une endométrite à la fois glandulaire et fongueuse ; ce qui sera une double erreur. On le voit, la chute précoce de la caduque utérine rend fort difficile le diagnostic histologique de l'affection.

En résumé, l'existence d'une caduque utérine dans la grossesse tubaire complique singulièrement cette affection. Pendant que la caduque est en place, l'utérus reste en subinvolution ; il peut se produire, soit des hémorrhagies, soit de la dysménorrhée membraneuse. Quand elle est tombée, c'est la métrite diffusée à tout le muscle utérin qu'il faut craindre. L'histoire des endométrites est assez obscure pour qu'on ne néglige pas ces notions qui élargissent le cadre de la grossesse tubaire, et permettent d'y faire entrer une série de troubles utérins restés difficiles à interpréter jusquà présent.

DE LA LAPAROTOMIE DANS LA PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE CHEZ LA FEMME

Par le Dr **Ch. Mégrat** (de Lunéville).

De toutes les maladies de l'abdomen la péritonite a été pour ainsi dire la dernière à bénéficier de la laparotomie, et encore faut-il faire des restrictions à cet égard; car si la simple incision de la paroi abdominale a donné des résultats surprenants dans certaines formes de péritonite tuberculeuse; si aujourd'hui, comme le dit M. Jalaguier (1), tous les chirurgiens sont d'accord pour intervenir dans la péritonite purulente, partielle, enkystée, il n'en est pas de même quand il s'agit de la péritonite généralisée, franche ou septique et en particulier de celle qui appartient exclusivement à la femme.

Cette question du traitement chirurgical est encore à l'étude; ce n'est qu'au quatrième *Congrès français de chirurgie* (séance du 10 octobre 1889) qu'elle a été catégoriquement posée pour la péritonite en général, quoique des observations et des travaux antérieurs à 1886 aient été publiés sur ce sujet et réunis dans la thèse remarquable de M. Truc (2). Dans cette séance en effet des éléments nouveaux, dont quelques-uns très encourageants, ont été fournis (3) à l'appui de ce mode de traitement chez la femme, et plus récemment encore, en janvier 1893, M. Duffau-Lagarrosse (4) a retracé,

(1) Duplay et Reclus. *Traité de chirurgie*, 1892, p. 501, vol. VIII.

(2) *Traitement chirurgical de la péritonite.* Thèse d'agrégation, Montpellier, 1886.

(3) Dans les *Annales de gynécologie*, t. XXXII, p. 371, 1889. M. A. Broca résume les faits de péritonites ayant eu leur point de départ dans les organes génitaux de la femme. (Extrait du compte rendu du *quatrième congrès français de chirurgie*, 1889.)

(4) *De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse.* Thèse de Bordeaux, 1893.

dans un travail d'ensemble, les observations postérieures à 1886. Néanmoins les faits de ce genre, et surtout ceux de péritonites généralisées, connus jusqu'à présent, ne sont pas tellement nombreux que je croie superflu d'en relater quatre dont je fus témoin dans ma pratique.

A défaut de statistique pouvant être rappelée utilement ici (car celle de Krecke (1), la plus importante jusqu'en 1891, n'est pas complète), je me contenterai d'énumérer, parmi les observations déjà publiées à ma connaissance, celles qui m'ont paru les plus importantes, sans pouvoir préciser toutefois le nombre de celles qui appartenaient à la forme généralisée au moment de l'intervention. Ce sont d'abord certaines (2) péritonites puerpérales (3) puis celles qui ont été la conséquence de l'inflammation de la trompe (4), de la rup-

---

(1) *Münch. mediz. Wochensch.*, n° 33 et 34 (18 et 25 août 1891), et *Gazette hebdomadaire de méd. et chir.*, p. 548, 1891. Sur 119 cas de péritonites purulentes diffuses traitées par la laparotomie, l'auteur en relève 12 de puerpérales (avec 4 succès) et 9 de causes diverses (avec 3 succès) ; mais sans en spécifier la nature.

(2) MM. TRUC (*loc cit.*), TERRILLON (*loc. cit.*) et DUFFAU-LAGARROSSE (p. 70, *loc. cit.*), resserrent la question, en établissant une distinction importante relativement à l'efficacité de la laparotomie, entre les deux formes de péritonites puerpérales diffuses ; cette efficacité n'est bien reconnue que pour la forme primitive.

(3) 1 succès de BOJE (1877. *Schmidt's Jarhb.* ; 1 succès de PLAYFAIR (1883. *Brit. med. Journ.*, t. I, p. 455) ; 1 succès de SONNENBURG (1885. *Arch. de Tocol.*, p. 579) ; 1 succès de KALTENBACH (1885. *Traité de gynéc. opér.*, p. 412, trad. par P. BAR) ; 1 cas de MOLOKENDOF (1885. *Rev. de Hayem*, p. 266) ; 6 cas de M. BOUILLY (dont 3 en 1886 ; 2 succès en 1887 et 1 cas en 1889), *quatrième congrès franç. de chirur.*, 1889 ; 1 succès de M. DENUCÉ (de Bordeaux), *quatrième cong. fr. de chir.* (*loc. cit.*) ; 1 succès de M. RAYMOND (*Assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, 13 août 1890, et *Semaine méd.*, p. 316, 1890) ; 1 succès de EVANS (1890. *Med. Rec. N. Y.*, t. II, p. 407) ; 1 succès de JOS. PRICE. *De l'intervention hâtive dans la péritonite*, *News Philadelphia*, 1890, t. LVII, p. 142, et *Annales de Gynéc.*, t. XXXV, p. 490 ; 1 cas de M. DEMONS (de Bordeaux), 1892, obs. XXXIX de la thèse de M. Duffau-Lagarrosse, p. 64, déjà cité.

(4) SPENCER WELLS (1884. *Brit. med. Journ.*) ; LAWSON TAIT (1888, 20 mai. *Bul. méd.*) ; BOUILLY (1889, 4° *Cong. fr. de chir.*).

ture de pyosalpingite (1), de celle d'abcès pelvien (2), de l'utérus et de la vessie (3), de kyste ovarique suppuré (4), la complication de kyste de l'ovaire (5), de grossesse extra-utérine (6); d'autres sans cause connue (7) ou d'origine blennorrhagique (8), ou enfin à la suite de refroidissement au moment des règles (9). Si l'on n'a pas cité d'exemples d'intervention dans la péritonite post-opératoire généralisée (10), c'est sans doute parce que le traitement chirurgical ne s'est montré jusqu'ici efficace que dans la forme localisée de cette variété.

Aux succès de Boje (.), Evans (.), Kaltenbach (.), Lawson Tait (.....), Playfair (.), Price (.), Roberts (.), Sonnenburg (.), Trèves (.), William S. Cheesman (.), etc., à l'étranger, et de MM. Bouilly (....), Brun (.), Demons (.), Denucé (.), Labbé (.),

---

(1) Terrillon (1889. *Leç. de clin. chir. à la Salpêtrière*, p. 495); Pozzi (1889. 4e *Cong. fr. de chir.*), et un succès (1892. *Cong. fr. de chir.*, 18 avril).

(2) Trèves (1885. *Med. chir. Trans.* et *Cent. f. Chir.*, 1886, p. 686).

(3) Bouilly (1889. 4e *Cong. fr. de chir.*); Pozzi (1892. 6e *Cong. fr. de chir. Sem. méd.*, p. 143.)

(4) Demons (1889. 4e *Congr. fr. de chir.*, un succès); Roberts (1886. *Med. News*, 25 décembre, un succès); Terrillon (1889, *loc. cit.*), un succès; Jacobs (1892. 6e *Cong. fr. de chir.*, séance du 18 avril). *Sem. méd.*, p. 143; William S. Cheesman (1892. *Med. Record*, 10 septembre, un succès).

(5) 1 succès de Keith dès 1865, depuis d'autres de Kœberlé (*Gazette méd. de Strasbourg, passim*); Mundé (1878. *The Americ. Journ. of med. sc.*, t. 75, p. 100); dans la thèse de Hue (*De la péritonite aiguë compliquant les kystes de l'ovaire*, Paris 1883); Spencer Wells (*Des tumeurs de l'ovaire*, etc., p. 74, 1883), et Lawson Tait (1888, *loc. cit.*), sans pouvoir spécifier le nombre de péritonites généralisées.

(6) Bouilly (1889. *Cong. fr. de chir.*).

(7) Labbé (1889, même Congrès). — Sur trois succès de Lawson Tait, deux pendant la grossesse dont le cours ne fut pas interrompu.

(8) Lawson Tait (1888, *loc. cit.*), 1 succès.

(9) Largeau (de Niort), 1888. *Poitou méd.*, 1er décembre, 1 succès; Brun (1889, 4e. *Cong. fr. de chir.*).

(10) Sauf un exemple des plus récents cité au Congrès de Bordeaux (séance du 14 août 1895), par MM. Pichevin et Petit (de Paris) : péritonite généralisée consécutive à une hystérectomie abdominale totale pour gros fibrome; aparotomie secondaire, lavage et guérison.

Largeau (.), Pozzi (...), Raymond (.), Terrillon (.), etc., en France (1), je viens ajouter les deux miens (obs. II et IV), dans l'intention surtout de montrer (obs. II) combien une intervention prudemment hâtive peut parfois être efficace. Je relate en même temps deux autres faits, dont l'issue n'a pas été heureuse, mais qui, à mon avis, ne manquent pas d'intérêt, en ce qu'ils apportent certains éléments utiles à cette étude.

Les trois premiers cas, qui n'avaient de commun que leur extrême gravité, n'étaient certes ni l'un ni l'autre encourageants pour une intervention chirurgicale. Aussi j'avoue que l'instante prière des patientes demandant à tout prix la conservation de la vie ou au moins un soulagement, a pesé du plus grand poids dans ma décision, aidée elle-même par la certitude de ne pas aggraver leur situation.

Dans le dernier cas, l'étendue de l'épanchement péritonéal et sa reproduction rapide après la ponction m'ont fourni l'indication formelle de la laparo-myomectomie.

On verra que ces cas présentaient entre eux de grandes différences d'origine, de nature et de degré d'intensité.

OBS. I. — *Péritonite généralisée avec épanchement considérable, à marche insidieuse, compliquant deux kystes ovariques, et méconnue avant la laparotomie. Effets de celle-ci. Reproduction d'un faible épanchement qui s'enkyste derrière le pubis, devient septique et entraîne la mort le 15e jour. Autopsie.*

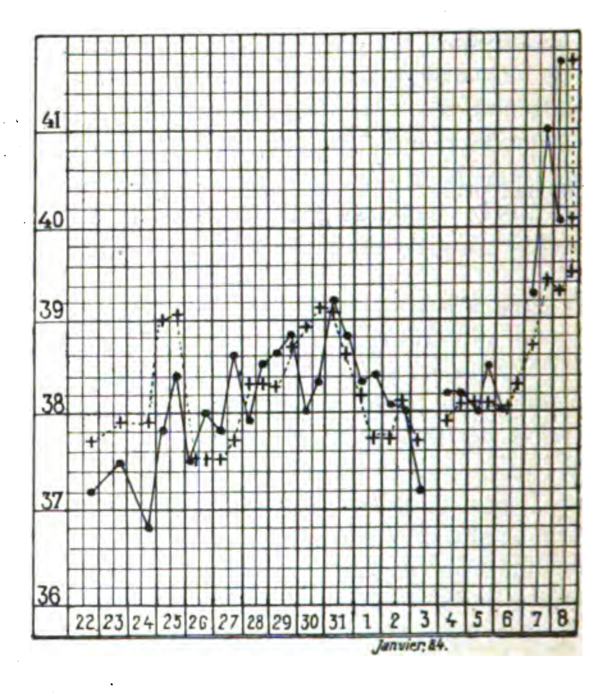
Mme Lef..., âgée de 49 ans, encore menstruée, nullipare, de santé délicate et affaiblie par le développement rapide d'un kyste ovarique multiloculaire dont la ponction pratiquée (le 28 octobre 1883, le lendemain de ma première visite avec mon confrère le Dr Gust. Hornus), donne huit litres d'un liquide citrin, un peu louche, comme huileux d'abord, puis visqueux et filant, ressemblant à du blanc d'œuf non coagulé. Une deuxième ponction, nécessitée

(1) Ce seraient déjà 28 succès (mais appartenant pour la plupart à des péritonites localisées au moment de l'intervention).

bientôt (le 17 décembre) par une tympanite extraordinaire et des accidents d'occlusion, fournit quatorze litres d'un liquide de même aspect, mais plus fluide et présentant en suspension, vers la fin, des grumeaux fibrineux blanchâtres.

Le volume considérable, que reprend rapidement (en 8 jours) son abdomen, fait prévoir la nécessité de rapprocher de plus en plus les ponctions, et elle s'affaiblit à tel point qu'elle peut à peine rester assise deux heures de suite; aussi se sentant incapable d'entreprendre le moindre voyage, soit à Strasbourg, soit à Nancy pour subir l'ovariotomie, me demande-t-elle instamment de l'opérer.

Voici en quelques mots son état, le 25 décembre, une heure avant l'opération : T. 37°,8 (36°,8, la veille au soir), pouls à 120,



faible, régulier, petit, mais non serré ; ventre insensible à la palpation ; pas de vomissements.

Avec la bienveillante assistance de mes confrères les Drs Eug. Simon et Monginot, je pratique une incision médiane sous-ombilicale (je passe sur les détails opératoires sans intérêt ici), qui met à nu le péritoine pariétal, fortement hypérémié, bombant entre les lèvres de l'incision, refoulé qu'il est par un liquide épanché en abondance. Celui-ci, d'un jaune foncé, fluide d'abord, puis louche, visqueux, légèrement filant, en tout semblable à celui des premières ponctions, s'échappe à flots de l'incision péritonéale. L'épiploon, sans adhérence, est également congestionné et injecté de veines volumineuses.

Pour évacuer complètement ce liquide (1) que j'évalue en totalité à douze litres, il me faut enlever préalablement non pas un, mais deux kystes multiloculaires et dermoïdes dont le gauche très volumineux porte (2) sur une partie cartilagineuse, non rétractile de la paroi de sa grande loge, la plaie triangulaire encore béante de la dernière ponction et par laquelle une partie du contenu du kyste s'était épanchée dans l'abdomen. Les anses intestinales, restées libres, mais non dilatées, qui se présentent mollement dans l'incision, ont aussi leur séreuse considérablement hypérémiée et leur paroi boursouflée, comme charnue.

Toilette aussi complète que possible de tout le péritoine pariétal et intestinal, avec de nombreuses serviettes neuves et sèches.

Réduction des deux pédicules ; en tout cinq ligatures perdues ; pas de drainage, après hésitation. — Réunion par deux plans de suture Kœberlé. — Anesthésie pendant deux heures.

Dès le 2e jour, au niveau de l'hypogastre, ballonnement modéré et très faible fluctuation qui disparaît le lendemain (sans doute sous les anses intestinales agglutinées derrière le pubis) ; mais de petits frissons et 38°,6 le 3e jour indiquent qu'il s'est reformé un léger épanchement, et cependant les urines (contrairement à ce qu'elles étaient, troubles et rares, avant l'opération) sont fréquentes, claires, spontanées (dès le 4e jour) ; avec cela, manque absolu (le 4e jour) de sensibilité à la palpation abdominale et à la

(1) Je regrette de n'avoir pas recueilli de ce liquide pour l'examiner à loisir.

(2) Et comme autre particularité remarquable, ce kyste présente, sous un point dur de l'épaisseur de sa paroi, les vestiges d'une mâchoire inférieure droite, avec quatre dents.

pression des culs-de-sac vaginaux (la matrice rétroversée occupant le fond de celui de Douglas) ; cessation de la constipation (le 6e jour) et absence de vomissements ; tous signes qui, avec les progrès de cicatrisation de la plaie, ne sont certainement pas en faveur du développement d'une péritonite. Aussi, à part la terreur pour l'opérée, autrefois très courageuse, de rester un instant seule et le 7e jour un mouvement fébrile (P. 120 et T. 39°,2) avec urticaire généralisée (?) (qui ne me font pas oublier l'avertissement du 2e jour), je m'étonne encore le 10e jour de ne pas voir se réveiller, d'une façon plus manifeste, cette péritonite naguère si étendue ; mais bientôt (le 14e jour) la fièvre redouble (P. 130 et T. 41°) et, sous les atteintes apparentes d'une miliaire (que dans nos régions nous ne voyons jamais indépendante du rhumatisme articulaire ou de la pneumonie), entraine la mort à la fin du 15e jour.

Autopsie. — La cicatrice abdominale est solide ; aussi l'examen de la cavité nécessite-t-il une incision parallèle, qui trouve le péritoine pariétal et l'épiploon de couleur ardoisée, sans aucune adhérence entre eux ; mais le bord inférieur de ce dernier s'enfonce sous une anse d'intestin grêle distendue, accolée transversalement derrière le pubis. Le décollement de celle-ci fait sourdre un flot de liquide gris sale, grumeleux, extrêmement fétide. La recherche et la traction des deux pédicules amènent l'ouverture de deux loges analogues ; le contenu total de ces trois foyers, situés dans la partie supérieure de l'espace vésico-utérin élargi par le fait de la rétroversion, peut être évalué à 100 grammes. C'était donc ce liquide, reproduit en petite quantité le lendemain de l'opération, qui s'enkysta, entretint ce degré et demi, ces deux degrés en excès, devint septique et dont la traduction extérieure fut d'abord l'urticaire, puis une miliaire des plus confluentes. Le bord gauche de l'épiploon adhère intimement au pédicule correspondant, mais une forte traction sur lui ne produit qu'un suintement sanguin ; il est encore injecté comme au moment de l'opération. Les cinq ligatures perdues n'ont pas bougé.

Cette autopsie fit constater, comme effet de la laparotomie, même sans drainage, l'atténuation manifeste des signes anatomiques de la péritonite généralisée qui, en voie régres-

sive dans la partie supérieure de l'abdomen, s'était réduite à une pelvi-péritonite secondaire, purulente, enkystée dans l'espace vésico-utérin, où elle avait échappé à mes recherches les plus attentives, mais qu'un drainage d'emblée eût sans doute empêché de se produire et que la réouverture de la plaie à son angle inférieur eut permis d'évacuer, de laver et peut-être de guérir.

Ce résultat, tout incomplet qu'il fût, m'encourageait donc à mettre en pratique à l'avenir l'idée que j'avais déjà émise, le 28 novembre 1868, et qui parut alors si follement téméraire à mon confrère le D[r] Eug. Simon, témoin impuissant comme moi de la marche suraiguë d'une péritonite (suite de traumatisme obstétrical) : le débridement du péritoine me paraissait, lui disais-je, le seul moyen capable d'amener une détente dans ces accidents formidables.

Je ne tardai pas du reste à trouver la confirmation de cette prévision et de mes premières remarques dans les faits relatés par M. Hue (1), de succès presque inespérés d'ovariotomies pratiquées en pleine péritonite aiguë. Et cette complication des kystes fut même bientôt citée, par Spencer Wells (2), Hegar et Kaltenbach (3), Lawson Tait (4), parmi les indications formelles de l'ovariotomie.

Enfin les résultats heureux apportés au *quatrième Congrès français de chirurgie* (5) achevèrent de me convaincre intimement de l'efficacité de la laparotomie dans la péritonite généralisée, mais ce ne fut qu'en 1891 (obs. II et III) et en 1894 (obs. IV) que je pus en constater moi-même de nouvelles preuves.

La deuxième observation est relative à un cas absolument distinct de tous ceux que j'ai trouvés publiés jusqu'à ce

(1) *Gazette hebdom.*, p. 667, 1883. Thèse (*loc. cit.*).

(2) *Des tumeurs de l'ovaire*, etc., p. 74, 1883.

(3) *Traité de Gynécol.*, *loc. cit.*, p. 175, 1885.

(4) D'après Delbet : *Traité de chir. de* Duplay et Reclus, p. 663, t. VIII.

(5) *Loc. cit.*

jour, par la période relativement précoce à laquelle j'ai cru devoir intervenir. Elle me paraît surtout importante en ce qu'elle prouve qu'il peut quelquefois y avoir avantage à ne pas attendre, pour agir, les signes plus ou moins incertains de la suppuration intra-péritonéale et encore moins les symptômes trop évidents de la septicémie. Voici cette observation :

OBS. II. — *Péritonite aiguë généralisée franche, à son paroxysme, de cause inconnue avant la laparotomie. Celle-ci montre, ainsi que l'observation ultérieure de l'opérée, qu'elle était due au réveil et à l'extension, au moment d'une époque menstruelle, d'une ancienne pelvi-péritonite d'origine puerpérale. Effets immédiats et secondaires du débridement péritonéal. Guérison.*

La fille Sch., âgée de 23 ans, domestique, dont la menstruation est douloureuse, abondante et de longue durée (10 jours) depuis son premier accouchement (le 3 janvier 1888) à la maison de secours de Nancy, y fut traitée d'abord à ce moment, puis en hiver 1890 aux cliniques médicale et gynécologique des professeurs Spillmann et Alph. Herrgott, pour une métrite avec rétroversion. Elle entre à l'hôpital de Lunéville, le 6 mai 1891, dans le service de mon collègue le Dr T. Saucerotte qui, après l'avoir soignée pour une métrite parenchymateuse avec retentissement inflammatoire probable aux annexes droites, me la fait voir le 18 mai, en pleine péritonite aiguë généralisée, franche, des plus manifestes : T. = 39°,5 et P. = 136, depuis deux jours ; ballonnement et sensibilité extrêmes de l'abdomen ; sonorité superficielle partout ; fluctuation bilatérale seule, mais très nette (épanchement moyen) ; étouffements ; vomissements d'abord porracés, puis jaune brunâtre (marc de café) ; cris incessants ; douleurs atroces dans tout le ventre, surtout à droite et d'une telle acuité qu'elle ferait croire à l'occlusion intestinale, s'il n'existait en même temps des selles diarrhéiques fréquentes (gastro-entérite aiguë), et commencement d'escarre de décubitus au sacrum.

Ces accidents inflammatoires et douloureux arrivés au paroxysme, qu'aucun moyen thérapeutique (tels que deux applications de sangsues à deux jours d'intervalle, l'opium et la morphine à

hautes doses, un large vésicatoire) n'a pu atténuer, paraissant devenir à bref délai une menace pour l'existence de cette jeune fille, me font proposer, comme dernière ressource, la laparotomie qui est acceptée aussitôt et par mon confrère et par la patiente. C'est bien en effet un débridement que réclame ce péritoine violemment enflammé dans toute son étendue.

J'opère le 19 avec l'obligeante assistance de mon vieil ami le Dr A. Labrevoit et de mes collègues les Drs T. Saucerotte, Paulin et Em. Simon.

Incision médiane, d'abord jusqu'à l'ombilic, empiétant un peu sur le bord interne du muscle droit; plaie saignante (5 pinces hémostatiques). Le liquide épanché n'est pas assez abondant pour soulever le péritoine pariétal; adhérence limitée de ce dernier, à gauche de l'incision, avec l'angle inférieur correspondant du bord de l'épiploon ; le reste de ce bord est libre, congestionné, recroquevillé sur lui-même, épaissi et graisseux. Issue précipitée de plusieurs anses intestinales, complètement distendues et très fortement hypérémiées, mais non agglutinées entre elles, dont la séreuse, dépolie, comme feutrée, présente de nombreux filaments mobiles, longs de 0m,01 et plus, ressemblant à des fibrilles de linge imbibées de sang. Après réintégration de ces anses, l'incision est suffisamment agrandie, par en haut, pour permettre l'exploration de la cavité péritonéale, d'où la sérosité s'écoule assez abondante, pendant l'introduction de la main : l'index et le médius ne trouvent aucune tumeur des annexes, mais sentent très profondément le bord supérieur du fond de l'utérus, fortement rétroversé et fixé par une large bride qui va de cet organe s'insérer sur le bord postérieur gauche du détroit supérieur; le pavillon de la trompe de ce côté paraît normal.

Avec le seul linge dont je dispose, préparé à la hâte (propre, mais non ébarbé), je n'essaie pas de faire une toilette sérieuse du péritoine ; ce qui nécessiterait du reste un agrandissement de l'incision dépassant déjà l'ombilic. Je me contente d'éponger le liquide séreux (que j'estime en totalité à un litre et demi et regrette de n'avoir pas examiné au microscope) et le peu de sang qui provient de l'incision musculaire ; je ne pratique pas non plus de lavage, puisque le liquide épanché est séreux et clair et que surtout je suis décidé à drainer d'emblée.

Nouvelle issue, mais en plus grande masse, des intestins dont la

réduction est laborieuse, malgré trois ponctions aspiratrices qui ne donnent que peu de gaz et de liquide séreux.

Installation à demeure, dans la partie la plus déclive du bassin, d'un gros tube de caoutchouc non fenêtré, de 0m,01 de diamètre et de 0m,50 de long, destiné à faire siphon.

Réunion de l'incision par trois plans de suture : la profonde (de Kœberlé) n'intéressant que les tissus fibreux de la ligne blanche, sans comprendre le péritoine ; la moyenne, à trois points enchevillés, portant encore sur les aponévroses et les muscles ; et la superficielle, avec neuf épingles. Pansement antiseptique dans un milieu qui a été souvent visité par l'érysipèle.

L'impression de tous les assistants, après l'opération, est celle d'un pronostic extrêmement grave.

Le chloroforme a donné à la patiente, ainsi qu'à ceux qui l'entouraient, une bonne heure de soulagement ; son réveil s'accompagne encore de vives souffrances ; mais les vomissements cessent absolument. Dès le soir même, urines spontanées ; le lendemain, expulsion abondante de selles et de gaz. Les douleurs abdominales persistent les jours suivants ; toutefois leur acuité n'est plus comparable à celle des jours précédents et maintenant elles sont surtout localisées à gauche, vers le bord de l'épiploon. De fortes doses d'opium (0 gr. 15 en moyenne et même jusqu'à 0 gr. 22 le 3e jour) et des injections morphinées procurent à peine du calme, mais pas de sommeil avant le 8e jour et encore n'a-t-il que 25 minutes de durée environ. La diarrhée continue ; le ballonnement a disparu rapidement.

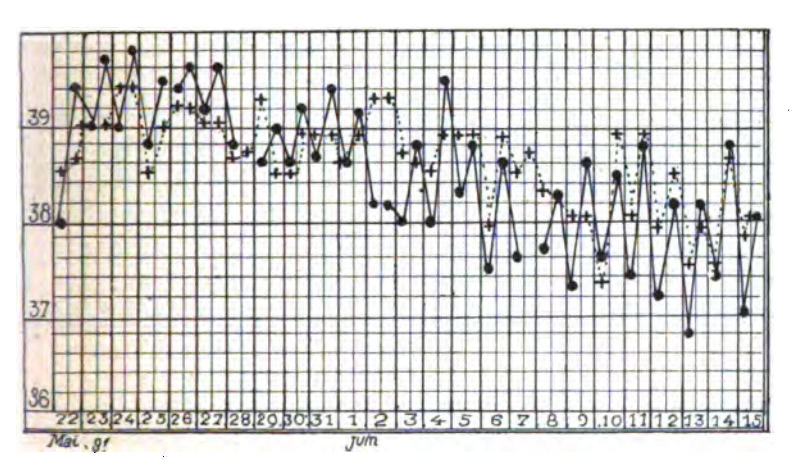
La fièvre persistante (oscillant du 3e jour entre 39°,4 et 39°,7 pour atteindre jusqu'à 39°,9, le 5e jour, avec 136 pulsations), malgré le sulfate de quinine (0 gr. 80 à 1 gr. 00 par jour) me fait craindre la formation d'un foyer péritonéal secondaire ; mais le retrait graduel et spontané du drain, la nécessité d'en diminuer le calibre, l'absence de toute fluctuation et de point douloureux dans les culs-de-sac vaginaux (les 4e et 14e jour) me font attribuer cet état fébrile à un simple travail d'agglutination des anses intestinales vers le point douloureux du côté gauche, mentionné plus haut.

7e jour : Chute du dernier fil de la suture profonde qui heureusement est assez solide pour résister le lendemain sous l'effort que la jeune imprudente, oubliant toutes les recommandations, fait en s'asseyant sur son lit ; mais il n'en est pas de même des

sutures collodionnées, destinées à soutenir la suture superficielle après l'enlèvement des épingles : elles ont complètement lâché du côté droit et les fils de la suture moyenne ont ulcéré et éraillé fortement la peau. Une nouvelle suture collodionnée ne me donnant pas une sécurité suffisante, j'ai recours à un simple appareil (de diachylon et de cordonnets de fil de coton) dont je n'eus qu'à me louer.

8e jour : Agacement indescriptible ; mais diarrhée considérablement diminuée (2 selles au lieu de 15 encore la veille).

9e jour : Cessation des opiacés qui seuls ont calmé. Muguet du 10e au 13e jour. L'opérée, d'habitude très difficile pour la nourriture, est, pendant les 16 premiers jours, soutenue surtout par l'extrait de quinquina, le cognac et le café ; elle ne commence à s'alimenter convenablement que dès le 18e jour, moment où sa température tombe le matin à 37°,5, quoiqu'elle remonte encore

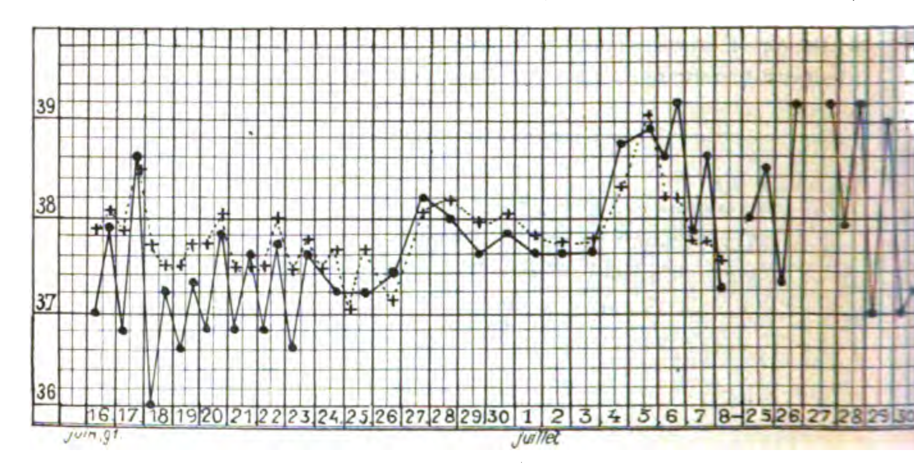


le soir vers 39° : hyperthermie que, par exclusion, je persiste à attribuer à une péritonite adhésive et localisée, près du bord inférieur gauche de l'épiploon.

Le petit tube fenêtré, qui a remplacé le 14e jour le drain primitif (sorti graduellement et de lui-même), est supprimé définitivement le 20e jour. D'une gaîté folle, l'opérée chante pour la première fois ; mais conserve le soir 1°,5 de trop, contre lequel

l'antipyrine est sans effet ; le sulfate de quinine (0 gr. 50 en moyenne) semble mieux agir. La température, encore à 38°,7 le 29e jour, tombe le lendemain matin au-dessous de 37° et, à partir du 24 juin (36e jour), à 37°,2 le soir. Dès lors on n'a plus à combattre que la constipation revenue comme à l'état de santé.

Le retard occasionné par son insigne imprudence dans la cicatrisation de l'incision, qui ne fut complète qu'à la fin d'août, me permit de la tenir plus longtemps en observation et de constater qu'à chaque époque menstruelle (6 et 26 juillet, 15 août et 25 septembre), il se fit comme un retour offensif, une menace de péritonite à gauche et au-dessous de l'ombilic vers la cavité pelvienne (frisson, mouvement fébrile T. = 39°,2, P. = 120 et envies de vomir).



Elle quitta l'hôpital en parfaite santé le 20 octobre 1891. Depuis, à plusieurs reprises et encore le 20 mars 1894, elle vint revoir l'infirmière qui lui trouva une mine magnifique ; elle continuait son travail d'autrefois, mais elle éprouvait toujours, au moment de ses règles, des nausées et du ballonnement de la partie supérieure de l'abdomen.

Ici les effets du débridement péritonéal ont été des plus remarquables ; d'abord par la cessation immédiate, absolue des vomissements, la diminution marquée des douleurs, la disparition rapide du ballonnement et ensuite par l'influence

évidente des plus heureuses sur la marche régressive de la maladie. Mais, à vrai dire, c'était, de mes trois premières opérées, le sujet le plus résistant, le plus jeune, le seul aussi qui n'eût pas présenté de signes de septicémie ; la première, déjà âgée, était très affaiblie par la maladie compliquée qui avait nécessité l'ovariotomie, et la troisième, épuisée par la suppuration et par la septicémie (P = 168) était, comme on le verra, presque agonisante, quand j'intervins. Chez la quatrième, de santé délicate, j'opérai avant qu'elle ne fût affaiblie.

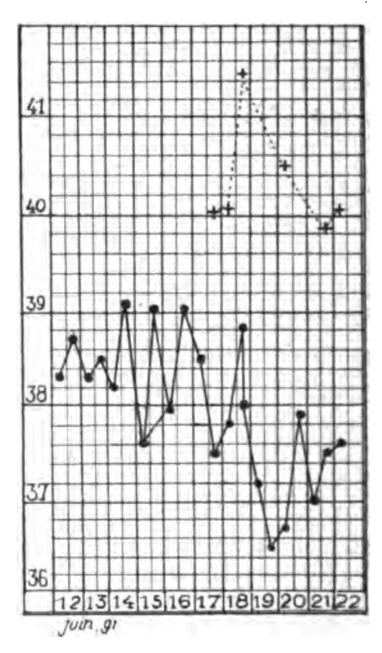
Fallait-il profiter de cette occasion pour guérir la fille Sch. de sa rétroversion, cause directe de ses douleurs menstruelles et agent producteur indirect de la péritonite ? Il était, en effet, bien rationnel de couper la bride utéro-pelvienne entre deux ligatures et de pratiquer l'hystéropexie ; mais j'avoue que, pendant l'opération, la question d'une infirmité de cette nature me parut tout d'abord bien secondaire comparativement à la gravité de la péritonite étalée sous nos yeux. De plus, il eût fallu agrandir l'incision abdominale, déjà bien assez longue pour me donner fort à faire, lutter constamment contre l'issue violente des anses intestinales énormément distendues et les réintégrer dans leur domicile. Je ne doute pas, d'après ces difficultés, que la masse intestinale ne fût sortie tout entière de sa cavité et j'en laisse apprécier les conséquences possibles.

OBS. III. — *Péritonite généralisée purulente, suite de couches, reconnue tardivement par la ponction et traitée en pleine septicémie par la laparotomie. Effets de cette dernière : atténuation de la péritonite. Mort 4 jours après de pleurésie infectieuse. Autopsie.*

M[me] M..., âgée de 28 ans, accouchée pour la troisième fois, il y a cinq semaines, m'est montrée, le 16 juin 1891, par mon confrère le D[r] T. Saucerotte, au moment où il vient de lui retirer, par une ponction abdominale, 5 litres de pus. Pâleur extrême sans bouffissure ; délire calme, mais ne lui permettant de donner que des

renseignements très incertains sur les soins qu'elle a reçus avant son entrée à l'hôpital, le 9 juin; tremblements des mains, bronchite et dès le 11, température 39° le soir; peu de souffrance. Ventre affaissé (paroi flasque et ballottante) à peu près sonore et indolent partout, excepté à l'hypogastre, où la palpation et la toux réveillent de la douleur et où l'on trouve le fond de l'utérus encore volumineux, comme au huitième jour de son involution. Rien d'anormal dans les culs-de-sac vaginaux.

Ne comptant pas sur les effets persistants d'une simple ponction qui n'a pu vider complètement une cavité purulente de cette étendue (et la preuve en fut bientôt fournie par la température qui, tombée le lendemain matin à 37°,5, remontait le soir du même jour à 38°,8), je me propose aussitôt de lui appliquer le traite-



ment institué par M. Bouilly (1); mais, par suite d'une circonstance indépendante de ma volonté, ce n'est que le 18, à 3 heures et demie du soir, après une perte de temps considérable (46 heures

(1) *Sem. méd.*, 1889 (4e Congr. fr. de chir.).

de plus, à la période où en était arrivée cette malade, c'était énorme) que, sur sa prière de tout faire pour la conserver à ses enfants, j'entreprends l'opération ; quoique sa situation se soit énormément aggravée ces deux derniers jours. Son état de septicémie très avancée est en effet désespéré : le pouls, hier à 140, est aujourd'hui à 168, très faible ; T. = 38°,8 ; R. = 42 ; miliaire perlée ; sueur froide profuse, forte dilatation des pupilles, délire plus tenace, frémissements de tendons, tremblement général continu, muguet accentué, râles localisés aux deux bases en arrière, ventre insensible, non ballonné ; vomissements du bouillon seulement.

J'opère avec l'assistance dévouée de mes confrères les Drs A. Labrevoit, Job, Paulin, T. et L. Saucerotte. Le chloroforme est administré avec les plus grandes précautions (15 gr. suffisent). Pour la même raison, la crainte du choc, je me borne à une incision péritonéale de 0m,05 à 0m,06, abrégeant ainsi le plus possible la durée de l'opération. Le fascia transversalis enflammé est confondu par sa face profonde avec le péritoine pariétal très épaissi (0m,0015). Écoulement de pus (2 litres environ) mélangé de nombreux flocons (sorte de gelée purulente) dont un énorme, de la largeur de la main, venant flotter entre les lèvres de l'incision est retiré avec la pince. Dans le fond d'une sorte de bourbier, apparaît une large masse grisâtre, inerte ; c'est l'intestin que l'index explorateur trouve réuni en un paquet aplati formant un plan horizontal à surface ondulée, tomenteuse, veloutée, sans adhérence avec la paroi abdominale. Cette cavité communique librement, d'une part, avec chacune des fosses iliaques (le prolongement est plus profond à droite qu'à gauche où l'S iliaque en forme la limite) et de l'autre, derrière la matrice dont les annexes présentent comme elle une surface tomenteuse et veloutée, mais sans développement anormal des trompes. Il s'agit donc d'une vaste poche purulente préintestinale, anfractueuse à ses extrémités et représentant la presque totalité de la cavité péritonéale. L'immobilité des intestins simplifie singulièrement l'opération. Après hémostase de la plaie, lavage à grande eau salée (7 gr. 5 0/00) et à 38°,5, successivement dans toutes les directions sus-indiquées, en terminant par la cavité pelvienne. — Deux gros drains à demeure, l'un rétro-pariétal et l'autre rétro-utérin. Réunion par deux plans de suture Kœberlé.

A son réveil, pas de vomissements ; pouls toujours misérable. Le 19 (1er jour) ; affaissement, extension du catarrhe pulmonaire jusqu'en avant ; sueur froide profuse, ongles violacés ; muguet plus marqué ; la température (38°,8) tombe (4 heures après le lavage) à 38° et le lendemain matin à 37°,2, le soir à 36°,5 ; se maintient à 36°,7 (le matin du 2e jour) pour remonter le soir à 39°,7, réaction générale au bout de 36 heures ; réchauffement, pâleur des mains sans cyanose, pouls plus perceptible (150), pas de vomissements. Toniques stimulants et aliments choisis, elle accepte tout, tant elle désire guérir. État moins mauvais, mais restant extrêmement grave, moral excellent, sérénité parfaite. — 3e jour, pouls plus nettement appréciable (136), T. = 37°, diminution de la dilatation des pupilles, des tremblements nerveux et de la quantité de pus ramené par les lavages boriqués. — 4e jour, matin, P. = 140 ; T. = 37°,6 ; enlèvement des épingles (suture nette), mais souffle intense à la base du poumon droit. Faiblesse extrême ; à 3 heures, perte de connaissance et mort 1 heure après (à la fin du 4e jour).

Autopsie. — Poitrine : simple hypostase des deux bases pulmonaires, épanchement de pus, trouble, grumeleux (1 litre et demi) dans la plèvre droite avec fausse membrane gélatineuse. Abdomen : sur une largeur d'une pièce de 2 francs, une anse intestinale adhère à gauche et au-dessus de l'ombilic. — Vaste poche occupant toute la cavité péritonéale, sauf la partie droite du cul-de-sac vésico-utérin et l'espace postérieur où est retenu le paquet intestinal agglutiné et ratatiné sous l'épiploon. Toute la surface de la séreuse est encore tomenteuse, d'apparence générale grisâtre ; mais assez bien détergée ; elle présente même en certains points des îlots rouges, granuleux (bourgeons charnus) ; surface humide, sur toute l'étendue de laquelle on ne trouve plus que deux petits flocons jaunâtres d'apparence graisseuse, l'un dans une anfractuosité des circonvolutions intestinales de la fosse iliaque droite et l'autre en bas vers le côté droit du cul-de-sac de Douglas, où stagnent à peine 40 gr. de pus.

La surface de l'utérus et de ses annexes a le même aspect. La traction, exercée sur le corps de cet organe pour l'extraire, déchire des adhérences récentes situées en avant de son angle droit et ouvre une cavité remplie de 50 grammes environ de matière purulente ; foyer secondaire, préexistant à la laparotomie et qui a échappé à l'exploration et aux lavages. La matrice, volumineuse,

est également enflammée, comme le témoigne une coupe verticale de sa paroi qui est ardoisée et infiltrée de sanie purulente. A gauche, tracé de l'insertion placentaire. Pas de tumeur des trompes.

Si, dans les quatre jours qu'a survécu cette malade, la septicémie a continué sa marche envahissante, la complication de bronchite ayant fait place à la pleurésie purulente, on peut toutefois remarquer que la suppuration intra-péritonéale a été, ainsi que la fièvre, considérablement réduite; que les lavages ont bien opéré et qu'en définitive la laparotomie, même dans les limites restreintes où elle a été pratiquée ici, n'a pas hâté la fin de la malade, mais en a plutôt atténué l'état et retardé de quelques jours la mort qui était imminente au moment de mon intervention.

En outre, comme l'observation I, celle-ci prouve qu'il ne faut pas compter d'une manière absolue sur les données négatives du toucher vaginal le plus attentif, auquel peut échapper l'existence d'une collection purulente enkystée entre les anses intestinales de l'espace vésico-utérin.

Obs. IV. — *Péritonite avec épanchement considérable compliquant un fibrome utérin sous-séreux; reproduction rapide de l'épanchement après la paracentèse. — Laparo-myomectomie: adhérences intestinales et vésicales. Lavage; drainage. Légère pelvi-péritonite rétro-utérine; résolution.*

Mme H..., âgée de 26 ans, menstruée régulièrement depuis son deuxième accouchement (il y a quatre ans), entre à l'hôpital, le 26 novembre 1894, pour un épanchement péritonéal considérable dont la cause productrice (fibrome utérin sous-séreux, probablement adhérent en plusieurs points) n'est constatée qu'après une ponction (le 1er décembre). Celle-ci donne issue à 11 litres d'un liquide très fluide, jaune verdâtre, de 1017 de densité, ne coagulant pas par le refroidissement, mais par la chaleur et dont le précipité est redissout par l'acide lactique.

L'épanchement se reproduisant très vite, quoique la température, avant comme après la ponction, soit restée de quelques dixièmes au-dessous de 37°, avec un pouls de 90 et même de 100,

mais sans douleurs abdominales notables, je lui propose l'opération, qu'elle accepte et que je pratique le 8 décembre (après les précautions antiseptiques), avec la gracieuse assistance de mes confrères les Drs A. Labrevoit, Guichard, Paulin, Lalitte et Em. Simon. Je commence l'incision médiane à partir de l'ombilic, m'arrêtant à 0m,05 du pubis ; car je soupçonne l'allongement de la vessie ; plaie saignante (malgré la flaccidité de la paroi), nécessitant l'application de plusieurs pinces hémostatiques ; forte injection du fascia transversalis ; hypérémie intense du péritoine pariétal dont l'incision donne des flots de sérosité ; pas d'épiploon visible ; les anses intestinales affaissées sur elles-mêmes me permettent de reconnaître facilement, par l'exploration digitale combinée avec celle d'une sonde rigide d'homme introduite dans la vessie, que ce réservoir remonte très haut, mais en s'éloignant de la paroi abdominale, attiré qu'est son sommet par une large (1) et solide adhérence, à la partie antéro-inférieure de la tumeur. Celle-ci, outre son pédicule émergeant du milieu du fond du corps utérin, présente encore deux autres points d'attache au gros intestin. Je puis dès lors rapprocher mon incision du pubis et lui fais dépasser l'ombilic de 0m,015.

Après avoir évacué la plus grande partie du liquide dont j'évalue la totalité à quatre litres et qui me paraît moins verdâtre que celui de la ponction, mais un peu louche, opalin, je libère la tumeur de ses attaches multiples (en tout 11 ligatures perdues dont 5 en chaîne sur l'adhérence vésicale). Hémorrhagie en nappe assez abondante, suivie d'un état quasi-syncopal (choc), qui force à suspendre momentanément la chloroformisation.

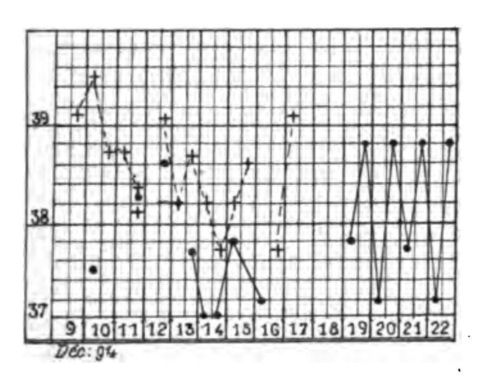
J'étreins d'emblée le pédicule avec le serre-nœud de Kœberlé qui me donne plus de sécurité que l'anse élastique, jette par-dessus une ligature de soie plate n° 8 et préférant la méthode extra-péritonéale, à cause de la péritonite préexistante qui nécessitera le drainage, je sectionne le pédicule, après sa transfixion avec une broche dont j'infléchis un peu en avant les deux extrémités pour éviter un trop fort tiraillement de la matrice ; car celle-ci lisse, de volume normal, rétroversée, est fixée par des adhérences pelviennes assez fortes pour résister à la traction qu'exerce la broche sur le pédicule.

---

(1) De 0m,06 de largeur sur 0m,005 d'épaisseur. Fibrome homogène pesant, après dégorgement, 700 grammes ; ovoïde, de 0m,40 et 0m,38 de circonférences.

A l'aide de compresses-éponges, j'enlève le mieux possible les caillots et la sérosité des parties déclives, lave la cavité abdominale à grande eau salée (7g,5 0/00) et à 38° C. environ, mais sous une faible pression, à cause du choc, et m'abstiens d'une toilette complète, tenant au contraire à laisser une certaine quantité de ce liquide salé en contact avec le péritoine, pour combattre les effets de ce choc, — pas de suture en surjets du péritoine pariétal avec celui du pédicule ; long tube, — siphon plongé à demeure au-dessus de ce dernier, jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas.

L'écartement considérable des muscles droits (éventration) et l'absence de ballonnement m'engagent à ne pas faire de suture moyenne enchevillée, qui n'aurait d'utilité du reste qu'après la résection elliptique des bords fibreux et cutané de l'éventration,



desideratum que la gravité particulière de la situation ne me permet pas de combler. J'applique une suture profonde extra-péritonéale (de Kœberlé) et une superficielle avec 9 épingles. Pédicule saupoudré avec iodoforme salolé (3/1).

Le 9 (premier jour), deux cathétérismes vésicaux ont été nécessaires ; par précaution j'insinue facilement au-dessus du pédicule, dans le cul-de-sac vésico-utérin, un deuxième tube siphon ; pouls relévé, 120. Apyrexie ; mais vomissements chloroformiques les deux premiers jours.

Le 12 (quatrième jour), T. = 38°,6 le soir, sans doute reproduction d'un faible épanchement dans la déclivité du bassin, quoiqu'il n'y ait ni douleur à la palpation, ni fluctuation nulle part ; légère tympanite stomacale et bronchite localisée à la base gauche en arrière.

L'opium (0g,10 d'extrait en pilules) pendant cinq jours maintient la constipation qu'on lève facilement, le 14 (sixième jour), avec 9 gr. d'huile de ricin (en capsules). Le serre-nœud est enlevé ; le moignon, sec, mais non mobile. Après deux jours d'apyrexie, le 16 (huitième jour), en même temps que le moignon redevient humide, la température remonte le soir à 38°,8 et se maintient ainsi durant huit jours, malgré des badigeonnages quotidiens avec la solution de chlorure de zinc (1/10). Le 19 (onzième jour), enlèvement des drains laissés (peut-être trop longtemps), à cause du suintement du pédicule. Le 20 (douzième jour) le toucher constate, dans le cul-de-sac vaginal postérieur, une saillie empâtée, irrégulière, indolente et non pulsatile (sulfate de quinine à l'intérieur et ovules vésicaux de glycérine solidifiée à l'iodure de potassium) ; saillie qui, en durcissant les jours suivants, forme deux petits mamelons séparés par un sillon (pelvi-péritonite secondaire). Le 23 (quinzième jour), au risque de détruire quelques adhérences utiles, je réapplique avec prudence le serre-nœud, et bien m'en prit, car deux jours après, la température redescendait à 37° (même le soir), preuve que la sérosité septique du moignon s'insinuait dans le cul-de-sac postérieur et entretenait la fièvre. Le 31 (vingt-troisième jour), chute du serre-nœud sans hémorrhagie ; mais le pédicule continue à végéter par ses bords, qui ont pris des adhérences intimes avec ceux de la paroi. Aussi, pour éviter de nouveaux vomissements chloroformiques, dois-je détacher graduellement ce moignon, un peu à chaque pansement, après l'avoir divisé en deux tronçons que je badigeonne largement et souvent avec la solution forte de chlorure de zinc, et dont le dernier tombe le 11 janvier. — Retour menstruel le 26 ; résolution de l'empâtement rétro-utérin ; santé parfaite ; levée définitivement le 1er février, munie d'une ceinture abdominale convenable.

Ici les effets de la laparotomie n'ont pas été moins évidents que dans les autres cas : l'épanchement ne se reproduisit pas dans la grande cavité ; il ne se forma qu'une légère pelvi-péritonite rétro-utérine secondaire, dans la production de laquelle il est difficile de faire la part exacte revenant à l'inflammation primitive, mais qui fut évidemment entretenue

par la transsudation septique du moignon insuffisamment étranglé, puisque la fièvre disparut rapidement dès le moment où je réappliquai sur lui le serre-nœud. Les avantages de ce dernier sur l'anse élastique, dans ce cas de vitalité extraordinaire du pédicule, sont indiscutables.

Avant de résumer les réflexions dont j'ai fait suivre chaque observation, je crois utile d'attirer l'attention sur certaines particularités présentées par mes malades.

Ainsi, au point de vue anatomo-pathologique, ces quatre faits se complétaient l'un l'autre, c'est-à-dire présentaient les principales formes d'épanchement de la péritonite généralisée : en plus de l'hypérémie du péritoine très marquée dans tous, cet épanchement était séreux, clair, modéré dans l'observation II ; louche, considérable dans les obs. I et IV, et purulent, étendu à presque toute la cavité péritonéale dans la troisième.

La guérison, à en juger d'après les symptômes des observation I, II et IV et les signes anatomiques fournis par l'observation I, se fit dans ces deux dernières, comme elle avait commencé dans la première; c'est-à-dire par résolution de l'inflammation sur une certaine étendue de la séreuse, notamment de celle des régions supérieures de l'abdomen et par localisation séro-adhésive vers les points déclives, au bord inférieur gauche de l'épiploon (obs. II) et dans le cul-de-sac de Douglas (obs. IV).

La température axillaire n'a pas toujours présenté la signification, le caractère d'utilité qu'à priori on croirait pouvoir lui demander dans des lésions inflammatoires de cette importance.

Ainsi, dans les obs. I et IV, en l'absence de sensibilité abdominale et de vomissements, l'apyrexie, avant l'opération, ne pouvait évidemment révéler l'existence d'une inflammation générale de la séreuse, occasionnée d'une façon insidieuse, dans le premier cas par l'épanchement péritonéal d'une certaine quantité du liquide irritant d'un kyste ovarique, et dans le quatrième, par la présence, par les frottements sans doute d'un fibrome sous-séreux.

De même, malgré la vaste étendue de la suppuration dans l'observation III, la température, prise pendant cinq jours avant la ponction, n'a pas dépassé le soir 39°,3 et le matin 38°,6. Mais après l'opération, le thermomètre m'a été un guide précieux et fidèle dans tous les cas.

Je ferai remarquer la persistance de l'insomnie chez les trois premières opérées; la terreur extrême pour l'une de rester un instant seule dans sa chambre; chez une autre, une sérénité éminemment trompeuse, qui est du reste le propre de la septicémie, et un moral excellent chez la dernière.

Je rappellerai encore que certains foyers d'importance secondaire, antérieurs ou postérieurs à l'opération, sont difficiles sinon impossibles à constater, à cause de la sonorité des anses voisines qui les masquent, du manque de netteté de leurs contours et surtout de leur siège dans des régions inaccessibles à la palpation et au toucher; tel était le cas de ceux qui occupaient la partie supérieure de l'espace vésico-utérin élargi par le fait de la rétroversion utérine (obs. I et III).

L'opportunité de l'intervention a été évidente; mais à des degrés différents, dans les quatre cas.

Ainsi des faits nombreux analogues au premier, fournis depuis par la pratique des ovariotomistes (Spencer Wells, Kœberlé, Kaltenbach, Lawson Tait, pour n'en citer que quelques-uns) donnent largement raison à mon intervention, quoiqu'elle n'ait été qu'incidente, dans les observations I et IV.

Tandis que, dans les deux autres, j'ai considéré comme une indication formelle d'intervenir, lorsque j'ai acquis la conviction intime que le traitement médical le plus sagement conduit était devenu impuissant, qu'il y avait menace pour la vie dans l'observation II et danger de mort prochaine dans la troisième; autrement dit, dans ces deux cas, la laparotomie m'a paru être la dernière ressource.

L'important en général est d'opérer à temps, l'idéal serait de le faire à point; mais s'il est déjà bien difficile de recon-

naître quand l'indication commence, il l'est encore davantage (dans l'état actuel de la question) d'en fixer la dernière limite.

Cette indication commençait bien, ce me semble, chez la fille Sch. (obs. II); car la péritonite de nature franche avait atteint son paroxysme et, en attendant davantage, je n'avais aucune raison d'espérer une détente des accidents dont nous étions les témoins impuissants, de compter sur un de ces coups de surprise que donnent quelquefois dans la pratique, les maladies infectieuses, l'infection puerpérale en particulier dont les manifestations (péritonite ou autres) s'apaisent dès le moment où l'intoxication a épuisé son action. De plus, c'était un de ces cas où la péritonite n'emprunte pas sa gravité extrême à la purulence et j'ai la conviction que, sans mon intervention, la mort n'eût pas laissé ici à la suppuration le temps de se produire.

Au contraire, l'indication d'opérer existait encore, mais touchait à sa limite chez la malade de l'observation III, lors de ma première visite, et si j'opérai quand même, 46 heures plus tard, c'est qu'à part les deux considérations qui me poussaient à agir, j'espérais, malgré le point le plus noir entre tous (la complication septique des poumons qui n'était encore qu'à l'état de bronchite), j'espérais, dis-je, supprimer la cause principale d'infection par l'évacuation et la détersion du foyer et pouvoir, après l'opération, éviter, par des lavages répétés, de nouvelles poussées d'intoxication septique ; mais la production de la pleurésie purulente me fait reconnaître que j'intervins trop tard.

En ce qui concerne le traitement, ma conduite a varié suivant les cas et pour la longueur de l'incision et quant au lavage, à la toilette et au drainage du péritoine.

Dans tous, je pratiquai l'incision médiane. Grande, dépassant l'ombilic, nécessitée telle, dans l'observation I, par l'ablation de deux kystes ovariques multiloculaires dont un très volumineux, elle me permit de faire la toilette aussi complète que possible de toute la surface péritonéale et cela

avec d'autant plus de facilité qu'il n'y avait pas de ballonnement.

Dans l'observation IV, l'importance des adhérences, plutôt que les dimensions elles-mêmes du fibrome, entra en ligne de compte dans la longueur que je donnai à l'incision.

Celle-ci atteignant l'ombilic servit à peine, dans l'observation II, à l'exploration et à la recherche d'une tumeur, cause présumée de la péritonite. Ici la sortie violente et la poussée incessante des anses intestinales, restées libres et énormément distendues, gênèrent considérablement cette exploration et m'engagèrent à ne pas entreprendre la toilette du péritoine. De plus, comme le liquide épanché était très clair et que tous les symptômes présentés jusque-là indiquaient suffisamment qu'il s'agissait d'une inflammation franche, je m'abstins de tout lavage.

Suivant les grands traits de la méthode de M. Bouilly, je ne pratiquai, sur la malade de l'observation III, qu'une incision péritonéale de $0^m,05$ à $0^m,06$ pour abréger la durée de l'anesthésie et de l'opération. Un lavage à grande eau salée eut pour résultat immédiat d'éliminer le pus de la cavité avec la plus grande partie des flocons qu'il tenait en suspension, et, répété à chaque pansement, il compléta cet effet au point que, quatre jours après, la surface du péritoine était assez bien détergée. Elle l'eût été mieux encore si, séance tenante, m'autorisant de la sécurité que me donnait l'immobilité des intestins ratatinés sur eux-mêmes, j'eusse allongé l'incision de quelques centimètres, assez du moins pour me permettre d'introduire la main et, comme le fit M. Raymond (*loc. cit.*), d'enlever avec elle la gelée purulente ou bien, à l'aide d'un tortillon de gaze antiseptique, de nettoyer, d'assécher le mieux possible les parties accessibles de cette vaste cavité. Quant au foyer secondaire, si je l'avais trouvé du vivant, je l'aurais certainement ouvert et lavé, suivant la recommandation de M. Bouilly ; mais j'avoue que ce n'eût pas été sans une certaine appréhension que j'eusse agi à l'aveuglette à travers une aussi petite ouverture et dans un

cas qui n'était plus récent comme les siens; néanmoins, je reconnus à l'autopsie qu'au bout de cinq semaines je n'avais encore affaire qu'à de simples agglutinations intestinales.

Je fis aussi, par précaution, chez la quatrième opérée, un lavage de même nature, mais sans achever la toilette, tenant à laisser une certaine quantité de liquide salé en contact avec le péritoine pour combattre les premiers effets du choc.

Contrairement à l'opinion récente de Trèves (1), qui se dispense généralement de drainer quand le liquide péritonéal est simplement séreux, le drainage m'a paru indispensable dans tous les cas, même dans celui (obs. II) où, par une intervention hâtive, j'ai vu s'échapper de l'incision abdominale de la sérosité parfaitement claire, que séance tenante on n'avait certes pas le loisir d'examiner attentivement au microscope; car je m'attendais, d'après l'observation I, à ce que le liquide pourrait se reproduire.

J'ajoute que le drainage doit être établi d'emblée, sans remise; comme preuve j'en fournis l'observation I dans laquelle je regrette de n'avoir pas suivi ma première inspiration, d'autant plus qu'à ce moment je ne connaissais pas l'article, déjà paru depuis trois ans, de M. L Labbé (2) sur la *valeur du drainage préventif péritonéo-abdominal dans l'ovariotomie.*

Je comptais encore pouvoir y remédier plus tard, si le liquide venait à se reproduire d'une façon appréciable. Plusieurs signes en faveur de cette production me la firent soupçonner, mais, malgré les plus minutieuses recherches, il me fut impossible de constater pendant la vie les trois petits foyers pelviens qui n'auraient pu être atteints que par la réouverture de l'angle inférieur de l'incision et en insinuant l'index entre le pubis et les anses agglutinées; car, ici, la stagnation du peu de liquide reproduit n'avait pas abouti au

---

(1) 1894. *Soc. de méd. de Londres* (séance du 26 février). *Sem. méd.*, p. 112, n° 14.

(2) 1880. *Gazette hebdom. de méd.*, p. 788, n° 49.

fond du cul-de-sac de Douglas (occupé par la matrice rétroversée), mais à l'espace vésico-utérin, à la fois au bord inférieur de l'épiploon et aux deux pédicules, sortes de drains borgnes, c'est-à-dire sans aboutissants à l'extérieur.

Dans les observations II et IV, je me suis bien trouvé, comme M. L. Labbé (*loc. cit.*), de l'introduction à demeure dans le cul-de-sac de Douglas, d'un gros tube de caoutchouc, long et non fenêtré qui agit comme siphon et remonta graduellement, par glissement, sous la pression intra-péritonéale, avant son enlèvement définitif. Dans la quatrième, je crus prudent d'insinuer le lendemain de l'opération un second tube-siphon, au-dessous du pédicule dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Je ne reviens pas sur l'utilité des deux drains dans l'observation III.

Enfin je me crois autorisé à conclure que la laparotomie, chez mes quatre malades, loin d'avoir aggravé la péritonite (ce qui du reste n'est plus aujourd'hui à démontrer), en a au contraire enrayé la marche de la façon la plus évidente et la plus heureuse dans les observations II et IV et l'a atténuée dans les observations I et III, malgré l'absence de drainage dans l'une et l'intervention trop tardive dans l'autre; et encore, dans ces deux derniers cas, la durée de la survie fut-elle inversement proportionnelle au degré d'extension de la septicémie.

Ces résultats prouvent, en un mot, que dans la péritonite généralisée (comme cela du reste est parfaitement établi pour toutes les maladies chirurgicales de l'abdomen, telles que kystes ovariques, hernies étranglées, etc.), plus on opérera de bonne heure plus on aura de succès.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'EXPLORATION EXTERNE EN OBSTÉTRIQUE. SON IMPORTANCE DANS LA PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE

Par le Dr R. Labusquière.

Frappés de voir, malgré l'introduction de l'antisepsie dans les accouchements, des accidents puerpéraux, même de la nature la plus grave, survenir encore trop fréquemment, surtout dans la pratique particulière des sages-femmes et des médecins, des accoucheurs ont recherché, dans une autre voie, un moyen capable de mettre sinon fin à ces accidents, du moins de les réduire à un taux minimum. Or, ces accidents ayant, pour de beaucoup le plus grand nombre, une origine extérieure, il s'agissait d'empêcher le transport du dehors dans les organes génitaux de l'accouchée des germes pathogènes, et, puisqu'une seule faute d'antisepsie ou d'asepsie rendait ce transport possible, de le rendre impossible au prix d'une méthode plus radicale. C'est dans ce sens, qu'après avoir été fort enthousiaste des lavages, injections, nettoyages du vagin, employés au début d'une manière à peu près systématique par la majeure part des accoucheurs, on est arrivé, peu à peu, à en limiter graduellement l'emploi, et même à le supprimer totalement dans certains services. Mais, déjà, on avait songé à quelque chose de plus efficace que cette restriction de l'antisepsie. Ainsi, à l'occasion d'épidémies puerpérales, Litzmann et Halbertsma avaient conseillé de *s'abstenir absolument de toute exploration interne*. Toutefois, d'après Léopold, c'est Credé qui, le premier, a insisté, dans un but très net, très voulu, sur la grande utilité qu'il y aurait à restreindre le plus possible les examens internes pour développer aux maximum l'appli-

cation de l'exploration externe (1). « Même la manœuvre la plus insignifiante, enseignait Credé, le simple toucher explorateur des parties génitales internes peut blesser. Aussi, doit-on mettre bien en relief et enseigner ce précepte: *Il faut proscrire, ou tout au moins réduire au minimum les explorations internes chez les parturientes.* Dans les maternités, les services d'accouchements, il ne faut pas qu'on utilise les parturientes pour apprendre aux étudiants et aux élèves sages-femmes l'examen interne ; seules, des personnes, instruites et exercées, devraient être autorisées à faire les examens internes nécessaires.

On peut très bien suppléer à cette réduction, à cette suppression même de l'exploration interne, par l'exploration externe. *Il y a, actuellement et pour l'avenir, urgence à enseigner et à appliquer, de la façon la plus large, cette méthode de l'exploration externe dans les services d'enseignement.*

Depuis, ma conviction n'a fait que s'affirmer de plus en plus que l'exploration interne, jusqu'en ces derniers temps, presque exclusivement employée et placée, dans les traités d'obstétrique les plus récents, au premier rang, peut être, au contraire, abandonnée dans les cas faciles, ou extrêmement réduite dans ces applications (2) ».

Depuis, Credé, Hegar, Ahlfeld, Müller, Werth, etc., ont à nouveau insisté sur l'importance qu'il y a à étudier, autant que possible, l'exploration externe, et à lui faire donner tous les renseignements que, complètement utilisée, elle peut fournir (3).

Dans un mémoire fort intéressant, publié en 1890, où ils exposaient, en se basant sur des séries successives et très importantes d'accouchements observés, des années durant, à la clinique de Dresde, l'évolution qu'y avait subie la mé-

(1) *Rathschläge f. Aerzte u. Geburtshelfer zur Verhütung u. Behandlung der Erkrankungen der Wöchnerinnen.* Leipzig, 1886.

(2) Credé. Gesunde u. kranke Wöcherinnen, 1886 ; Léopold et Sporling. Die Leitung d. regelmassigen Geburten nur durch äuss. Untersuchung. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. XLV, Hft. II, p. 337.

(3) Léopold et Sporling. *Ibid.*, p. 340 et *seq.*

thode antiseptique qui, peu à peu, avait fini par se réduire, pour le grand bien des femmes, à une antisepsie, toujours très rigoureuse, mais ne dépassant pas les organes génitaux externes, le professeur Léopold et son assistant d'alors, Pantzer, avaient insisté, d'une manière toute particulière, sur ce nouveau moyen de prévenir l'infection des voies génitales de la femme enceinte et de la parturiente. Voici, résumée, leur opinion d'alors à ce sujet : « Il est un autre moyen de prévenir l'infection ; il dérive de la conviction qu'il convient de restreindre dans une certaine mesure, et même le plus possible, l'examen interne des parturientes. Sans doute, dans les maisons d'enseignement, on ne peut se soustraire à l'obligation de permettre à l'étudiant de s'instruire complètement sur toutes les phases et détails de l'accouchement (irrégularités dans les voies molles ou osseuses de la parturition, dilatation, action des douleurs, de la poche des eaux, etc.). Mais, d'un autre côté, il faut s'efforcer de bien convaincre étudiants et élèves sages-femmes que, dans leur clientèle, *ils ne devront absolument faire des examens internes que quand la sécurité de la mère et de l'enfant en imposeront l'emploi. Toutefois, qu'on ne nous prête pas l'intention de supprimer complètement l'exploration interne.* Ce qu'il faut, c'est mettre bien en relief les dangers qu'elle comporte ; ne plus l'enseigner comme par le passé, sinon comme la seule, du moins comme la méthode d'investigation de beaucoup la plus importante ; ne pas lui accorder une supériorité marquée sur l'exploration externe et même, pour la plupart des cas, la reléguer bien au-dessous de celle-ci » (1).

« Des conférences spéciales sont faites aux médecins assistants, qui viennent chercher à la clinique de Dresde un complément d'instruction, aussi bien qu'aux élèves sages-femmes. Ces leçons sont exclusivement consacrées à l'étude

(1) LÉOPOLD et PANTZER. Die Beschränkung der inneren u. der grösst-mogl. Verwerth. d. äuss. Untersuch. in d. Geburtshülfe. *Arch. f. Gyn.* Bd. XXXVIII, Hft. 2, p. 330.

de l'exploration externe avec laquelle, seule, les élèves doivent arriver à établir le diagnostic. Répartis, par groupes, autour de chaque parturiente, ils ont pour tâche de déterminer sans consulter la feuille d'observation ni interroger la femme, par l'exploration externe : 1° l'attitude de l'enfant (présentation longitudinale ou transversale) ; 2° la situation de la tête, du siège, du dos et des petites parties ; 3° le foyer des doubles battements fœtaux, les souffles divers ; 4° la situation de la tête par rapport au bassin (au-dessus, fixée au détroit supérieur, ou déjà profondément dans l'excavation) ; 5° le volume de la tête (est-elle grosse, petite ?) ; 6° l'âge de la grossesse ; 7° enfin, suivant l'attitude de la tête au niveau du détroit supérieur, résoudre, avec un certain degré de certitude, si l'on se trouve en présence d'un bassin rétréci.

« Suivant la même méthode, on apprend à déterminer, *chez la parturiente*, si la tête est déjà située profondément, si on peut à peine l'atteindre par l'exploration externe ; à distinguer le sommet du siège. On arrive encore, chez les primipares, quand la tête est élevée et mobile, à dépister une sténose pelvienne et, dans certains cas de bassin plat, modérément rétréci, la tête étant au détroit supérieur, à prévoir si l'enfant pourra être expulsé par les seules forces de la nature.

« Il va de soi que l'exploration externe permet de reconnaître aussi les positions obliques, inclinées ; le point de départ des ligaments, leur distension dans les bassins rétrécis ; la distension exagérée de l'utérus ; le siège du délivre. Mais, il faut encore plus d'expérience pour diagnostiquer, par exemple, une présentation du pariétal postérieur ; le prolapsus d'un bras, bien que le diagnostic de ces anomalies soit encore du ressort de l'exploration externe » (1).

Dans ce travail, les auteurs décrivent la technique de l'exploration externe à la clinique de Dresde, description qui est reproduite dans un travail plus récent, second plaidoyer en

(1) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXVIII, Hft. 2, p. 352 et *seq.*

faveur de la méthode préconisée par Léopold et Spörlin (1). Nous la reproduisons ici afin de permettre de la comparer avec la technique suivie en France pour cette même exploration externe, technique qui nous paraît devoir être difficilement surpassée et dont on trouve tous les détails si complètement et si nettement présentés dans le travail si remarquable du professeur Pinard, lequel a le plus contribué à vulgariser chez nous un procédé d'investigation qui, en particulier, lui a suffi pour *affirmer* devant ses élèves, l'existence de la grossesse tri-gémellaire, et dont il a dit : « sans vouloir en aucune façon atténuer les résultats si précis qu'on obtient à l'aide du toucher vaginal et de l'auscultation appliqués au diagnostic de la grossesse, je pense que l'exploration externe, pouvant bien souvent aussi rendre de grands services, doit être décrite avec plus de détails qu'on ne l'a fait jusqu'ici dans nos meilleurs traités classiques ». (2).

*
* *

TECHNIQUE SUIVIE A LA CLINIQUE DE DRESDE. — Elle comprend, en quelque sorte, quatre temps ou manœuvres.

Premier temps.— Les deux mains étant rapprochées et les extrémités des doigts se touchant, l'accoucheur les applique par leur face palmaire, transversalement sur la paroi abdominale de la femme. Puis, il les glisse doucement et bien également sur la matrice gravide jusqu'au niveau du fond de l'organe dont il détermine la situation par rapport à l'ombilic et au creux épigastrique. A l'aide de cette manœuvre, il reconnaît, simultanément, si la présentation est longitudinale ou transversale, si le siège ou la tête est située dans la portion supérieure de l'utérus, et il apprécie le volume de la tête fœtale, l'âge de la grossesse.

Deuxième temps. — Les deux mains complètement étendues, et les doigts tenus rapprochés, sont dirigés du creux épigastrique vers les portions latérales du ventre, placées à

(1) *Arch. f. Gyn*, Bd. XLV, Hft. 2, p. 336

(2) PINARD. *Traité du palper abdominal.* Paris, 1889, p. 116.

plat et longitudinalement sur les côtés de l'utérus. Sous l'une des mains, on sent la plupart du temps les petites parties et, sous l'autre, le grand, le long cylindre qui correspond au dos. Dans cette manœuvre, on réussit plus facilement à reconnaître le dos du fœtus si l'on a soin d'appliquer une main à plat, sur la ligne médiane et de déprimer doucement la matrice en arrière. De cette façon, on chasse le liquide amniotique vers un côté de l'utérus, tandis que le dos du fœtus se trouve plus rapproché du côté opposé et, de ce fait, devient plus accessible à l'autre main.

Troisième temps. — Dans cette manœuvre, qu'on se serve de la main droite ou de la main gauche, on commence par écarter autant que possible le pouce des autres doigts, lesquels sont au contraire maintenus les uns contre les autres, et on saisit entre le pouce et l'index la partie fœtale qui se présente. Cette partie fœtale est-elle *dure* et *ronde*, ce ne peut être que la tête qui, lorsqu'elle n'est pas engagée, fait l'effet d'une sphère dure, à laquelle on peut imprimer certains mouvements de va-et-vient. La partie fœtale est-elle plus *molle* et plus *irrégulière*, il s'agit du siège. Quand, l'enfant étant vivant, on sent que la partie qui se présente est comme notablement épaissie,peu nette et plus molle que d'habitude, il faut soupçonner que l'arrière-faix est inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Quand on ne rencontre pas au niveau de l'aire du détroit supérieur de partie fœtale, on va à la recherche de la tête dans la région latérale de l'utérus. Et on y réussit, en général, si, avec les doigts d'une main, on imprime de légers chocs sur la matrice. La tête exécute alors de courts déplacements, comme saccadés (ballottement).

Cette manœuvre est d'une grande importance toutes les fois que la partie fœtale qui se présente, tête ou siège, est encore au détroit supérieur ou au-dessus. Mais quand, au cours du travail, la tête est déjà vers le milieu de l'excavation ou au détroit inférieur, c'est à la quatrième manœuvre qu'il faut recourir.

Quatrième temps. — Dans les trois autres temps, l'ac-

coucheur est tourné vers la tête de la femme ; dans celui-ci, il lui tourne le dos. Au niveau des flancs, l'accoucheur enfonce les extrémités des doigts des deux mains, lentement et doucement, sur les parties latérales du bassin. La tête fœtale étant profondément engagée, il sent qu'une partie fœtale, dure, ronde, occupe pleinement le bassin, et distingue nettement d'un côté le front, plus saillant, du cou plus plat et situé du côté opposé.

*
* *

Les avantages de cette méthode d'exploration se dessinent encore plus nettement pendant le travail.

Ce qui importe dans tout accouchement, ce n'est pas seulement la connaissance de la position de la partie qui se présente, mais, avant tout la notion nette de sa progression graduelle à travers le canal pelvïen. C'est ici que l'exploration externe doit s'affirmer et fournir des résultats complets et sûrs, pour qu'on soit autorisé à se dispenser de l'exploration interne. A ce point de vue, les manœuvres 1 et 2 fournissent d'abord des notions sur le volume de l'enfant, sur son attitude (longitudinale ou transversale), sur la situation du dos, le foyer des bruits du cœur. Ces notions acquises, les manœuvres 3 et 4 servent à observer la partie qui se présente *pendant le travail.*

Pour cela, il faut choisir comme points de repère des parties facilement reconnaissables : *occiput* et *front.* L'occiput, en général, plus aplati, moins dur, et surtout moins saillant ; le front, au contraire, constituant une tubérosité nettement appréciable, de plus de relief que l'occiput et plus dure. Avec l'usage, on arrive à distinguer, *sûrement*, l'une de l'autre ces deux régions du fœtus Mais, il importe de ne pas négliger certaines conditions favorables au succès de l'exploration.

D'abord, la femme qu'on va examiner doit être bien régulièrement couchée, exactement sur le dos, le tronc et les

membres en droite ligne, et la tête pas trop élevée. Il faut aussi par quelques questions essayer de détourner l'attention de la femme pour éviter toute contraction musculaire, involontaire.

Dans la troisième manœuvre, on place le pouce et le médius de la main droite immédiatement au-dessus de la symphyse, de chaque côté, à égale distance de la ligne médiane, et exactement à la même hauteur, puis on les enfonce lentement et parallèlement au détroit supérieur. Ce n'est qu'après qu'ils ont pénétré assez profondément pour que la paume de la main soit au contact de la paroi abdominale, qu'on rapproche régulièrement les doigts, tenus jusqu'alors aussi écartés que possible, et qu'on constate de quel côté on arrive plus tôt sur une saillie, ou qu'on détermine de deux saillies constatées laquelle est la plus élevée et la plus dure.

Dans la quatrième manœuvre, l'accoucheur, placé à côté de la femme et lui tournant le dos, se sert de ses deux mains de la manière suivante : les doigts (à l'exception du pouce) sont étendus ou légèrement fléchis et rapprochés. Les extrémités des quatre doigts sont placées à égale distance de la ligne médiane, à la même hauteur, le plus loin possible sur les côtés, et immédiatement au-dessus du détroit supérieur. Puis, on enfonce lentement et régulièrement les deux mains, parallèlement aux parois du grand bassin, jusqu'à ce qu'on y rencontre la tête fœtale.

Le plus souvent, on arrive ainsi, d'un côté, sur une saillie, une protubérance, tandis que de l'autre côté la main peut pénétrer plus profondément (1). Quand la partie fœtale est très engagée, on peut enfoncer l'une et l'autre main alternativement. Souvent, on arrive ainsi à distinguer, très nettement, l'occiput et le front.

---

(1) La manœuvre étant un peu douloureuse pour quelques femmes sensibles, il faut la pratiquer avec beaucoup de douceur et de lenteur. Souvent, quand les parois abdominales sont particulièrement résistantes, on peut augmenter le relâchement des muscles abdominaux en faisant fléchir légèrement les jambes.

Quand, par défaut d'expérience, on n'a pas réussi à faire le diagnostic, il faut remonter les mains, d'abord l'une puis l'autre. Alors, le fœtus étant dans son attitude habituelle, on constate que la saillie de l'occiput diminue progressivement de dureté, bien qu'on trouve toujours une résistance nette. On arrive ainsi sur le cou de l'enfant. Du côté du front, on constate que la saillie qu'il forme est plus élevée et, surtout, que cette saillie dure finit tout d'un coup, etc. Avec les manœuvres 3 et 4 on peut, la plupart du temps, déterminer exactement la position de la tête. Si, d'un côté, on a reconnu la saillie du front plus élevée, et, de l'autre, la saillie occipitale plus engagée; si, de plus, cette saillie occipitale est en avant, il est clair qu'il s'agit de la présentation la plus commune du sommet (O.I.G.A.).

Dans les cas de présentation du sinciput (Vorderhauptlage), front et occiput sont au même niveau, parfois même c'est l'occiput qui est le plus élevé.

Plus le menton s'éloigne de la poitrine, plus les conditions s'écartent de l'état normal, et cet écart est le plus marqué dans les présentations de la face. Dans ce cas, du côté de l'occiput, on trouve une partie remarquablement grosse et dure : l'occiput. Par contre, du côté du sinciput, on peut pénétrer profondément dans le bassin, sans rencontrer une saillie qui rappelle celle du front. *Celui qui, en pareil cas, songe à la possibilité d'une présentation de la face, peut faire, facilement, le diagnostic exact.* Les autres caractères de la présentation sont très typiques. On ne sent le dos, en général, que vaguement et loin en arrière; en raison de la coudure, de l'inflexion (sillon) du cou, le dos se cambre fortement en dedans et s'incurve de plus en plus en arrière, au cours du travail. D'autre part, les petites parties deviennent de plus en plus accessibles, elles semblent être directement sous la paroi abdominale; enfin, les doubles battements fœtaux s'entendent on ne peut plus nettement.

Tels sont les principaux points de la méthode, mais elle permettrait encore de reconnaître : la présentation du

pariétal postérieur, de déterminer dans quel plan du bassin se trouve la tête, d'apprécier les progrès de la rotation, de conclure souvent, de l'attitude de la tête, déjà pendant la grossesse chez les primipares, au cours du travail chez les multipares, à un rétrécissement du bassin (1).

En résumé, l'exploration externe, à condition de lui faire donner tout ce que son étude soigneuse jointe à une certaine expérience, acquise, semblerait-t-il, assez rapidement, permet de lui demander, suffirait pour la direction du plus grand nombre des accouchements. Son avantage capital serait, en réduisant *au minimum* les examens internes, de supprimer l'origine la plus fréquente des accidents puerpéraux, c'est-à-dire le transport dans les organes génitaux de germes morbigènes et les lésions, les effractions plus ou moins nombreuses de la muqueuse des organes génitaux produites au cours des examens internes, lésions de nature à favoriser l'infection aussi bien d'origine endogène qu'exogène. Toutefois, l'exploration interne resterait nécessaire dans tous les accouchements irréguliers. Elle s'imposerait, par exemple, chaque fois qu'elle est susceptible de fournir des notions sur des conditions qui échappent plus ou moins complètement à l'exploration externe, et dont la connaissance importe pour une juste appréciation de la direction et du traitement de l'accouchement dont on a la responsabilité (2).

*
* *

Le professeur Léopold et Orb ont traité à nouveau le même sujet, dans un travail récent (3) : *De la direction des*

(1) Dans les bassins généralement rétrécis, l'engagement profond de l'occiput serait caractéristique. Dans les bassins essentiellement plats, au contraire, occiput et sinciput seraient au même niveau; ce dernier même serait souvent plus bas.

(2) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLV, Hft. 2, p. 365.

(3) Dans le travail précédent, Léopold et Spörlin donnent une statistique intéressante, dans laquelle ils mentionnent les erreurs de diagnostic auxquelles

accouchements normaux par l'exploration externe. Les auteurs présentent dans ce travail deux tableaux statistiques : le premier, dressé après analyse critique de 1,693 accouchements observés à la clinique de Dresde du 1er juillet 1893 au 30 juin 1894; le second, de 110 accouchements observés du 1er janvier 1895 au 17 février 1895. Les cas sont répartis en 6 groupes : 1° *femmes reçues accouchées ;* 2° *avortements ou accouchements prématurés avant le huitième mois* (cas dans lesquels l'exploration externe n'avait pu être jugée); 3° *accouchements ayant nécessité une opération ;* 4° *accouchements terminés sans intervention, mais au cours desquels l'exploration interne s'est trouvée indiquée ;* 5° *cas où l'on n'a procédé à des examens internes que pour raisons d'instruction ;* 6° *cas dans lesquels on n'a pas fait d'examens internes.*

De l'examen critique des cas terminés sans opération, découlent les constatations suivantes :

a) *De ceux qui ont servi pour le premier tableau, 57,57 p. 100 ont été suivis sans examens internes, mais, 90,25*

---

l'exploration externe a donné lieu. Sur un total de 1,000 accouchements, on constata 65 erreurs de diagnostic se répartissant comme suit :

Présentations	de l'occiput	971	Erreurs	de diagnostics	54
—	du sinciput	6	—	—	2
—	du siège	12	—	—	2
—	de la face	6	—	—	6
Accouchement	gémellaire	4	—	—	1

On voit combien l'erreur a été constante avec les présentations de la face. Cette même erreur, nous l'avons vu commettre aussi plusieurs fois, surtout par les élèves trop novices ou *trop pressés*. Ainsi que le dit, ailleurs, Léopold, le diagnostic est bien près d'être exactement fait dès qu'on songe à la possibilité de cette présentation. Il en va de même que dans la grossesse gémellaire. Il faut y penser ! Explorer avec soin et rechercher, patiemment, les caractères propres à l'occiput, *le sillon du cou*, parfois très accusé entre la bosse occipitale et le dos, etc. « le signe pathognomonique de cette présentation, obtenu par le palper, est constitué par *la présence du même côté, et de la portion accessible de l'extrémité céphalique et du dos.* (PINARD. *Traité du palper abdominal.* Paris, 1889, p. 170.)

p. 100 auraient pu être surveillés avec l'exploration externe employée seule ; b) *de ceux terminés également sans opération, et ayant servi pour le deuxième tableau, 87,50 p. 100 ont été surveillés sans examen vaginal, mais 90,62 p. 100 (chiffre presque identique au précédent) auraient pu également être terminés avec la seule exploration externe* (1).

Quant aux indications de l'exploration interne, les auteurs les répartissent, en les résumant, en trois groupes : 1° Troubles de l'état général, en tant qu'ils retentissent d'une manière importante sur l'accouchement (éclampsie, etc.) ; 2° irrégularités en rapport avec les parties maternelles qui concourent au travail de l'accouchement (parties molles et osseuses du canal de la parturition anomalies ; des contractions ; hémorrhagies ; longueur, durée de la période de dilatation ou d'expulsion, etc.) ; 3° irrégularités provenant de l'enfant ou des autres parties de l'œuf (situation élevée de la tête fœtale, présentation transversale, présentation irrégulière ; ralentissement des doubles battements fœtaux ; rupture prématurée des membranes ; prolapsus des parties fœtales, etc.).

« Ce sont les présentations du sommet qui, dans la direction de l'accouchement, prêtent à l'application la plus large de l'exploration externe. Présentations du sommet, dans lesquelles, sans rupture prématurée des membranes, la tête fœtale, dès le début des douleurs, se trouve fixée au détroit supérieur ou, tout au moins, avec l'apparition de douleurs plus énergiques, se présente en bonne posture dans ce détroit.

« L'enseignement aux élèves sages-femmes ne fait que confirmer les résultats de notre observation antérieure, à savoir que l'emploi systématique des quatre manœuvres et la recherche des divers éléments nécessaires à l'édification d'un bon diagnostic, permettent, à bref délai, aux élèves de se faire un bon jugement sur la présentation et l'attitude du fœtus, et de suivre les progrès du travail aussi bien qu'elles le pourraient à l'aide des examens internes. Enfin, les médecins assistants, externes, qui viennent dans cette clinique pour compléter leur éducation obstétricale, recon-

naissent, sans réserve, l'importance de l'application systématique de l'exploration externe » (1).

« *L'avantage considérable, essentiel de la méthode, qui est la prophylaxie efficace de l'infection, est hors de conteste.* »

*
* *

En France, on peut affirmer que l'exploration externe est enseignée et pratiquée, depuis déjà un certain nombre d'années, avec beaucoup de soins. Il suffit de lire le traité du palper du professeur Pinard pour voir combien il a réussi, en se servant des notions et des progrès réalisés avant lui dans cette méthode d'investigation, progrès dont il retrace un historique documenté, et en y ajoutant les résultats de recherches patientes, poursuivies durant des années, par conséquent d'une expérience personnelle considérable, à en tracer, avec la plus grande netteté, après avoir pris comme base la notion des phénomènes d'accommodation, les règles fondamentales. Mais il signale aussi, à chaque instant, les finesses, les détails de technique qui permettent d'édifier sûrement le diagnostic, quand il est justiciable de cette méthode, d'éviter les erreurs dues à des sensations insuffisamment analysées, à des conclusions diagnostiques trop rapides, et de reconnaître, par l'insuffisance des renseignements obtenus, que la nécessité d'un contrôle par les autres procédés d'exploration s'impose (auscultation, toucher vaginal). Le professeur a également décrit, aussi succinctement que clairement, les applications du palper pendant la grossesse, le travail, et même la délivrance normale et anormale : au diagnostic des présentations du sommet, de la face, du siège, du tronc, des grossesses multiples, des grossesses compliquées d'hydramnios, de l'hydrocéphalie, et à la direction de la délivrance normale et anormale. Enfin, il a consacré un chapitre à ce mode, si utile, de l'exploration externe, le *palper mensurateur*, qui,

---

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1892, B. XLIX, Hft. 2, p. 316.

pratiqué par une main expérimentée, fournit des renseignements précieux sur les dimensions réciproques de la tête fœtale et du bassin, et des indications de haute importance sur la conduite à tenir.

Mais, malgré cette utilisation méthodique et si complète de l'exploration interne, on ne trouve pas, dans la monographie du professeur Pinard, non plus que dans les traités français d'obstétrique, la tendance des auteurs précédents à se passer aussi souvent des renseignements si précis fournis, surtout pendant le travail, par l'exploration interne. Il nous semble d'ailleurs, que cette direction du plus grand nombre des accouchements par la seule exploration externe est à la rigueur possible dans les maternités et les maisons d'accouchements, où, tout en soumettant la parturiente à une surveillance soigneuse, on peut, à la rigueur, attendre plus ou moins la période d'expulsion sans faire d'examens internes. (Encore là, est-elle moins utile parce que l'exploration interne, surveillée, est entourée de précautions antiseptiques rigoureuses.)

Mais, dans la clientèle privée, vous êtes par exemple, depuis un certain temps, auprès d'une parturiente, l'exploration externe vous a parfaitement assuré que la présentation est bonne, que la partie fœtale a progressé, tout paraît marcher bien. Mais, aux questions réitérées qu'on vous pose : *Cela va-t-il bientôt finir ?* Comment répondre sans aller vérifier le degré de la dilatation ? Et l'accoucheur va-t-il rester là, indéfiniment, parce qu'il ne relève pas à vrai dire, d'anomalie réelle, jusqu'à ce qu'il plaise à la bonne nature d'en finir ? Combien de fois n'a-t-on pas assisté au tableau suivant : la présentation est bonne, cela est sûr de par l'exploration externe; le travail paraît marcher très régulièrement; on a, dans un premier examen interne, constaté un début de dilatation. Pour ne pas répéter ce genre d'examens trop souvent, on attend une heure, deux heures, et on examine de nouveau avec l'espoir légitimé par l'activité, apparente au moins du travail, de trouver une dilatation avancée. Et l'on trouve

à peu près la dilatation qui existait deux heures auparavant! Pourtant, il n'existe en réalité rien d'inquiétant : l'état de la mère est resté très bon, les bruits du cœur fœtal sont normaux ; seule, malgré la présentation favorable, la dilatation se fait lentement, très lentement. On sait qu'il n'y a pas d'intervention indiquée, mais que les choses vont traîner en longueur, et on ne le sait qu'après s'être assuré de la marche de la dilatation. Cette constatation n'a-t-elle pas sa grande utilité pour l'accoucheur, pour le praticien ? En d'autres cas, la dilatation a suffisamment marché, la partie fœtale est profondément engagée, mais l'accouchement se prolonge, et cela, uniquement par suite de la résistance des membranes ? On examine, et, grâce à l'examen interne, on peut immédiatement juger de la meilleure conduite à suivre. On rompt les membranes, le travail s'accélère et se termine, de beaucoup plus rapidement, grâce à l'intervention déduite du résultat fourni par cet examen.

Dans certains cas, rares il est vrai, et sur lesquels le professeur Pinard a particulièrement insisté, le siège, dans les occipito-postérieures, peut donner une sensation de ballottement. Et, à moins de beaucoup d'attention et d'une expérience sérieuse du palper, on fait le diagnostic de présentation de l'extrémité pelvienne. Le travail marche, le palper devient plus difficile, et, par suite, les conditions sont défavorables, pour corriger le diagnostic premier.

Comme on ne constate rien d'anormal, on rassure, avec beaucoup de confiance parturiente et entourage : « *Tout va à souhait, la présentation est bonne, l'enfant se présente par la tête*, etc., etc. » Et, c'est le siège qui se montre!

Simple blessure d'amour-propre, dira-t-on ! Mais aussi, atteinte à la confiance si nécessaire dans la pratique médicale et, ceci, malgré toute la philosophie, ne peut être absolument indifférent ! Le toucher vaginal, fait à propos, aurait du moins permis de préparer un peu tout le monde et soi-même, à cette terminaison inattendue ! Que celui, même assez expérimenté, qui n'a pas eu, à son heure, une de

ces surprises de diagnostic, nous jette la première pierre!

Indépendamment de ces contre-temps, restent encore des objections déjà faites : comment s'apercevoir à temps du prolapsus du cordon, d'un membre, d'une présentation de la face, qu'à moins d'avoir le palper bien en main, on confond assez facilement, si l'on en juge d'après la statistique empruntée à Léopold, avec une présentation du sommet.

Enfin, si l'on arrive à faire donner à l'exploration externe tout ce qu'elle peut donner, comment pourra-t-on se montrer aussi exigeant, quand elle deviendra particulièrement nécessaire, vis-à-vis de l'exploration interne ; si on ne se familiarise pas davantage avec elle. *Le doigt s'allonge par l'expérience*, disait le professeur Pajot, soulignant surtout par là la nécessité d'une instruction patiente et prolongée. Le plus sûr moyen que l'exploration interne nous mette à même, le cas échéant, de dépister les anomalies, n'est-il pas que nous la possédions si bien que nous puissions, dans la plupart des cas, reconnaître, sûrement grâce à elle, l'existence des conditions normales et, dans les cas irréguliers, de conclure de l'absence de ces conditions et par comparaison, à une anomalie que cette méthode d'exploration, bien en main, nous permettra de préciser.

*
* *

Au résumé, nous pensons qu'on ne saurait trop apprendre aux étudiants et aux élèves sages-femmes la technique de l'exploration externe, y compris le palper mensurateur. Et nous croyons devoir affirmer qu'il est bien difficile de la pratiquer avec plus de méthode, avec plus de succès qu'on la pratique ici. Comme le professeur Léopold, nous avons vu les élèves attentionnés et studieux, acquérir bien vite assez d'expérience dans cette méthode d'investigation pour faire, *dans la plupart des cas, pendant la grossesse*, un diagnostic exact! Mais, nous ne croyons pas qu'on puisse arriver à faire de tous et même du plus grand nombre, des artistes assez

délicats en la matière pour qu'ils puissent se passer, dans la plupart des cas, des *examens internes — employés cependant, comme on le recommande ici, avec beaucoup, beaucoup de réserve* — comme moyen de contrôle et comme moyen de recherches, surtout durant l'accouchement. Certes, nous ne voulons pas méconnaître qu'il y a quelque chose de très fondé dans cette idée directrice de Léopold et de tous ceux qui veulent, en réduisant à quelques cas irréguliers l'intervention de l'exploration interne, *supprimer l'origine de beaucoup la plus fréquente de l'infection.* Mais nous pensons que, malgré la nécessité peut-être de connaissances générales plus étendues pour l'intelligence claire des *desiderata* d'une antisepsie rigoureuse, on peut arriver aussi bien à obtenir des mains suffisamment aseptiques pour faire, au cours de l'accouchement, un ou deux examens internes inoffensifs, que des doigts tellement délicats (nous parlons ici de la majorité des praticiens, étudiants et sages-femmes) qu'ils puissent fournir sur les progrès du travail, sur ses différentes phases, des notions assez précises pour pouvoir, en toute confiance, se rassurer soi-même, rassurer l'entourage et quitter, à certains moments, sa cliente, sous peine d'attendre patiemment des heures et des heures la terminaison de l'accouchement. Les élèves doués d'assez d'attention et de bonne volonté pour devenir des virtuoses aussi accomplis dans l'art du palper comprendront aussi facilement, pensons-nous, à condition de leur consacrer assez de temps pour leur en faire saisir le sens et les conséquences, la nécessité d'une propreté rigoureuse.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 *juillet* 1895.

SCHWAB présente des pièces ayant trait à une **tumeur congénitale observée chez un nouveau-né.**

Cette tumeur siégeait au niveau de la colonne rachidienne lombaire et pénétrait jusque dans le canal rachidien. Elle était formée d'une masse du volume d'une mandarine, de consistance molle, recouverte d'une enveloppe extérieure ayant tous les caractères microscopiques d'une muqueuse intestinale fongueuse. A la base de la tumeur, existaient de petits kystes qui se tendaient pendant les cris de l'enfant. Le petit malade fut opéré par M. Périer, mais mourut au bout de 48 heures.

Il s'agit, en somme, dans ce cas, d'une tumeur congénitale ayant pour siège la région lombaire et qui, d'après l'examen microscopique, rentre dans le cadre des *tératomes*. Cette tumeur, par son développement, s'est opposée à l'occlusion du canal rachidien en arrière, et a produit ainsi une sorte de spina-bifida secondaire.

BUREAU. **Accouchement d'une morphinomane, preuve chimique du passage de la morphine à travers le placenta.** — Il s'agit d'une femme qui, morphinomane depuis sept ans environ, en était arrivée à prendre 1 gramme de morphine par jour. Devenue enceinte pour la quatrième fois, elle acoucha spontanément d'un enfant porteur d'un pied bot. Au moment de la section du cordon, l'auteur recueillit le sang des vaisseaux ombilicaux et du placenta.

L'analyse chimique démontra la présence de la morphine dans ce sang.

NARICH (de Smyrne). **Danger de l'emploi du lacs dans l'extraction du siège.** — L'introduction du lacs avec la main constitue une manœuvre de tâtonnement. Les difficultés de passer le lacs sont parfois telles qu'il faut se servir d'instruments spéciaux dits porte-lacs. Dans l'intervalle des tractions, le lacs usuel, faisant

corde au fond de la rigole de l'aine, opère la strangulation des tissus, ce qui contribue à produire des lésions par arrêt de la circulation et de l'influx nerveux. Quand l'opérateur rapproche le lacs de la cuisse de la mère, non correspondante au sacrum du fœtus, l'un des chefs du lacs glisse en contournant la fesse de bas en haut et remonte le long du fémur ; de là la fracture de ce dernier. Au contraire, le tracteur du siège que l'auteur a déjà décrit précédemment, étant à la fois lacs, porte-lacs et crochet, réunit les avantages de chacun de ces instruments, tout en écartant radicalement leurs inconvénients opératoires et leurs dangers.

M. Charpentier. **Vomissements incoercibles de la grossesse.** — Chez une femme de 28 ans, secondipare, surviennent, dès le début de la grossesse, des vomissements incoercibles qui résistent à toute espèce de traitement. En présence de l'état grave de la malade, on provoque l'avortement à trois mois. On éprouva de très grandes difficultés à provoquer le travail et on introduisit successivement dans l'utérus : une bougie en gomme, puis une seconde le lendemain, un ballon de Champetier, toute la série des bougies d'Hegar ; on fit une cautérisation de la cavité utérine au nitrate d'argent. Enfin, au bout de cinq jours de tentatives infructueuses, on dut décoller l'œuf avec le doigt introduit dans la cavité utérine, et l'extraire ainsi artificiellement sous le chloroforme. La malade guérit. L'auteur insiste sur les phénomènes hystériques qu'elle présentait, phénomènes qui ont persisté après la guérison.

Les vomissements dits incoercibles de la grossesse sont souvent des vomissements se présentant chez les hystériques à l'occasion de la grossesse.

Larat. **Vomissements incoercibles traités par l'électrisation à courant continu.** — L'auteur a traité avec succès, à l'hôpital Lariboisière, un cas de vomissements incoercibles, par l'électricité.

Les vomissements étaient apparus au dernier mois de la grossesse. Après avoir eu recours à tous les traitements usités, on employa l'électricité. Dès la première séance et pendant qu'on l'électrisait, la malade put avaler et garder un demi-verre de lait. En huit jours, la guérison était complète.

Bar relate plusieurs observations de **vomissements incoercibles dans le cours de la grossesse.** Dans un cas, la réduction de l'utérus en rétroversion, n'avait pas fait cesser les vomissements. La galvanisation a permis d'obtenir un résultat excellent.

Touvenaint a essayé l'électricité dans un cas de vomissements incoercibles chez une femme atteinte de fibrome utérin. Ce traitement ne lui a donné aucune amélioration.

Budin a employé les courants continus chez une femme qui avait des vomissements incoercibles de la grossesse. Il n'obtint aucun résultat et il allait recourir à l'avortement provoqué, lorsque, subitement et sans aucun traitement, la malade guérit.

Jouin. **Nouvelle thérapeutique médicale des fibromes utérins.** — L'auteur a donné de l'extrait thyroïdien en tablettes de 0, 15 centigrammes, de 4 à 8 tablettes par jour, à six malades atteintes de corps fibreux. De ces six malades, deux sont traitées depuis trop peu de temps pour qu'on puisse parler des résultats du traitement. Sur les quatre autres, au contraire, il a enregistré deux succès assez nets : diminution partielle des fibromes et atténuation marquée des accidents hémorrhagiques.

Il estime que les recherches doivent être poursuivies dans cet ordre d'idées, bien que les dernières notions admises sur la physiologie de la glande thyroïde ne permettent de donner que des explications très hypothétiques sur le mécanisme de l'action du suc thyroïde dans la thérapeutique des corps fibreux.

REVUE ANALYTIQUE

Placenta *(Suite)* (1).

(Anatomie et pathologie.)

Déciduome malin. (Deciduoma malignum), par Whitridge Williams (Baltimore). *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1895, p. 942.

Femme Vpare, 33 ans. Dernière grossesse terminée, le 15 avril 1894, par un accouchement normal ; enfant mort. Suites de couches quelque peu pyrétiques, état général peu satisfaisant, faiblesse

(1) Voir n° de septembre, p. 222.

très grande. Le huitième jour, apparut, au niveau de la grande lèvre droite, une tumeur, grosse d'abord comme un pois, dont on méconnut la nature, qui grossit, s'ulcéra, arriva à être en communication avec le rectum par un trajet fistuleux. L'évolution de ce néoplasme coexistait avec un défaut d'involution utérine et avec un état général qui alla en s'aggravant de plus en plus. Entrée au *Maryland General Hospital* le 18 mai, mort le 12 juillet, donc trois mois environ après l'accouchement.

Autopsie. — Néoplasme intéressant les deux grandes lèvres, la partie postérieure de la fourchette, une bonne portion de la paroi postérieure du vagin, et en communication avec le rectum. Masse ulcérée, de forme irrégulière, gris rouge, très friable, et, dans ses parties profondes, ressemblant beaucoup au tissu placentaire. Utérus, à peu près double du volume normal. De sa paroi postérieure, proémine dans la cavité utérine une tumeur assez accusée ; il en existe une autre, plus petite, au niveau du fond. *Foyers métastatiques* dans les organes suivants : poumons, reins, rate, foie, et ovaire gauche.

Examen microscopique. — Toutes les tumeurs présentaient la même structure anatomique. L'auteur conclut de cet examen, que le néoplasme a dû se développer aux dépens du syncytium, c'est-à-dire de la couche plasmodiale qui revêt les villosités choriales. De plus, avec Kossmann et Merttens, il admet que cette couche plasmodiale dérive de l'épithélium utérin (épithélium superficiel et épithélium glandulaire). Il s'agirait donc d'une *tumeur épithéliale et d'origine maternelle*, qu'il serait peut-être préférable de ranger parmi les carcinomes.

Après avoir rappelé, en mettant à profit les travaux antérieurs, les principaux caractères cliniques de l'affection, comme les autres auteurs, il insiste sur l'importance capitale qu'il y a à faire un diagnostic précoce et conclut en faveur de l'hystérectomie vaginale, totale. R. LABUSQUIÈRE.

Un cas de sarcome déciduo-cellulaire. (Ein Fall von Sarcoma déciduo-cellulaire), par R. KUPPENHEIM. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 34, p. 916.

OBS. — Femme de 33 ans, Vpare. Le cinquième accouchement, survenu à 7 mois. Le médecin appelé, examine le délivre et le trouve complet ; trois semaines après l'accouchement, hémorrhagies abondantes. Le médecin

put extraire de l'utérus des masses qui lui donnèrent l'impression de débris placentaires, ce qui l'étonna, parce qu'il avait trouvé, après l'accouchement, le délivre complet. Dix jours après, hémorrhagies nouvelles, à la suite desquelles on constata même état local que précédemment. Curettage et tamponnement. Après une courte période d'accalmie, de nouveau, hémorrhagies abondantes. *État 6 semaines et demie après l'accouchement :* Téguments très pâles, teinte cireuse. T. 37°,5 P. 124, mou, petit. Utérus de la grosseur du poing, Col admettant facilement un doigt; paroi cervicale, de même que celle du segment inférieur de l'utérus, lisse. Mais, dans la cavité utérine, présence d'une tumeur petite, polypeuse, irrégulière, dont la base paraît s'insérer sur le fond de l'utérus. *Curettage* qui donna environ deux cuillerées à café de débris carniformes, gris-rouge, mêlés de caillots sanguins rouge-noir. Vers le fond et sur le côté gauche, sensation comme d'une effraction intéressant la muqueuse et se continuant dans la paroi de l'utérus. *Diagnostic :* En raison de la multiplicité des hémorrhagies, de la repullulation si rapide, après curettage énergique, des masses enlevées, on pensa à une néoplasie de nature déciduale. Fragments des tissus dégénérés furent envoyés à l'Institut des recherches anatomo-pathologiques; mais, des hémorrhagies profuses étant survenues, l'état de la malade força la main du chirurgien avant qu'on eût le diagnostic histologique. Le 22 août, *hystérectomie vaginale totale.* Suites opératoires régulières. L'opérée put quitter la clinique le 14 septembre. *Fin juin 1895, c'est-à-dire huit mois après l'opération, sa santé était parfaite.* Le lendemain même de l'opération, étaient arrivés les résultats de l'examen histologique d'après lequel il s'agissait, formellement, d'un *sarcome déciduo-cellulaire,* ayant, sur certains points, envahi la musculeuse.

Si, dans ce cas, la récidive manquait, il faudrait attribuer cet heureux résultat à l'hystérectomie pratiquée de bonne heure. On y procéda sans retard à cause de la reproduction si rapide des tissus morbides malgré des curettages à fond. Cliniquement, on ne peut sans doute que supposer la nature du mal, et le diagnostic clinique a besoin d'être fortifié par les résultats de l'examen histologique. Mais, même avec celui-ci, des doutes peuvent subsister. Ainsi, tandis que Tannen put constater, avec certitude, des traînées de cellules déciduales entre les éléments musculaires, cette constatation ne fut pas aussi nette dans le cas actuel. Ce n'est qu'à l'examen portant sur l'utérus extirpé, qu'on put retrouver ce caractère de ce processus malin.

(A suivre.) R. LABUSQUIÈRE.

NÉCROLOGIE (1)

Th. Brandt, le créateur de la méthode thérapeutique, à laquelle j'ai donné le nom de kinésithérapie gynécologique, est mort le 5 août.

L'avenir jugera définitivement cette méthode et la tirera de l'obscurité didactique où les Allemands, adhérents de la première heure, l'ont laissée en la prônant.

D'autres feront cela, mais avec le respect dû à l'initiateur, dont l'œuvre sera continuée et perfectionnée.

Th. Brandt n'était pas seulement un empirique de génie. C'était un homme de bien. Il aurait pu s'enrichir. Il est mort pauvre. Le pain de chaque jour et la satisfaction de soulager les souffrances lui suffisaient. H. Stapfer.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Abel. *Die mikroskopische Technique u. Diagnostik in d. Gynäkologischen Praxis.* Berlin, 1895. — **Auvard.** Un cas de génitalité blennorrhagique. *Arch. de tocol. et de gyn.*, juin 1895, p. 401. — **Ayres.** The Relation of uterine Diseases to functional and organic Ocular Diseases. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 642. — **Coop (W. A. H.).** A curious anomaly of the female genitalia with striking resemblance to some of the external male elements by plastic surgery into a woman of normal appearance. *Amer. gyn. and obstetr. J.*, N.-Y., mai 1895, p. 594. — **Deshayes.** Anomalies gynécologiques. *Mercredi médical*, 1895, p. 265. — **Dickinson (Robert L.).** Does laceration through the sphincter ani ever occur in the median line ? Seventeen cases of lateral injury. *Amer. gyn. and. obstetr. Journ.*, N.-Y., mai 1895, p. 536. — **Eisenhart.** *Die Wechsel eziehungen zwischen internen u. gynäkologischen Erkrankungen.* Stuttgart, 1895. — **Emilio Curatulo and Luigi Tarulli.** On the influence of the removal of ovaries on metabolism. *Edinb. med. Journ.*, 1895, II, 137. — **Etherige (J.).** Renal Insufficiency in Gynæcological Cases. *The Am. gyn. a. obst. J.*, juin 1895, p. 726. — **Forchheimer.** The Relations of the

(1) Notice omise par erreur dans le dernier numéro.

digestive Organs to the Uterus. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 657. — **Fournel (Ch.).** Conservateurs et mutilateurs. *Nouv. arch. d'obstétr. et de gyn.*, 1895, p. 294 — **George W. Dobbin.** The Use of Pelvimetry in Gynecology. *Am. J. Obst.*, août 1895, p. 201. — **Herff.** Zur Behandlung des weich Schankers bei Frauen. *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 1895, t. I, p. 577. — **Hermann Stieda.** Chlorose und Entwickelungsstorungen. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXII, H. 1, p. 60. — **Huber.** *Die Frauenkrankheiten, ihre Enstehung u. Verhütung.* Leipzig, 1895. — **Kisch.** *Die Sterilität des Weibes.* Vienne, 1895. — **Martin (A.).** *Handbuch d. Krankheiten der weiblichen Adnexorgane.* Leipzig, 1895. — **Neisser.** *Stereoscopischer medicinischer Atlas. Abtheilung Gynækol.* Cassel, 1895. — **Priestley (W. O.).** On over-operating in Gynæcology. *The Provincial med. Journ.*, Leicester, 2 sept. 1895, p. 475. — **Reinicke.** Bakteriologische Untersuchungen über die Desinfection der Häude. *Archiv. f. Gyn.*, Berlin, 1895, t. XLIX, p. 515. — **Richardson.** Hysteria : Cerebral Manifestation. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 635. — **Schœffer.** *Atlas u. Grundriss der Gynækologie.* Munchen, 1895. — **Schauta.** *Lehrbuch der gesammten Gynäkologie, etc. Functionen der weibl. Sexualorgan in schwangeren u. nicht schwangeren Zustande.* Vienne, 1895. — **Shoemaker.** Case of malformation of Female Genitalia. *Am. J. Obst.*, août 1895, p. 215. — **Spoerl-Gamma.** *Frauenleiden! Verhutung u. Heilung derselben durch Massage u. Heilgymnastik.* Leipzig, 1895. — **Steinborn.** *Die geschlechtliche Stellung der Frau.* Berlin, 1895. — **Stroganoff.** Zur Bakteriologie der weibleichen genital Kanals. *Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 1009. — **Stuart Nairne.** Medical gynæcology. *Edinb. med. Journ.*, 1895, II, 113. — **Thrasher.** Reflex, fonctional, or hysterical Affections of the Larynx. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 653. — **Wilheim.** *Die Nervösität der Frauen.*, Vienne, 1895. — **Wittaker.** The hysterical Heart. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 668.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Barcus.** Sudden death from shock due to the intra-uterine Injection of a solution of Lead Acetate to induce Abortion. *Medic News*, 1895, p. 153. — **Barnes (F.).** On some Difficulties in the Use of the Curette. *The British M. J.*, août 1895, p. 178. — **Blondel (R.).** Dilatation de l'utérus au moyen des mèches de gaze glycérinées dans le traitement de l'endométrite. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1895, p. 321. — **Catto.** The uterine Sound and Curette. *The Amer. gyn. a. obst. J.*, juillet 1895, n° 1, p. 9. — **Lawson-Tait.** De la perforation utérine par l'hystéromètre ou la curette. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 644. — **Pichevin.** Thérapeutique intra-utérine et traitement des inflammations péri-utérines. *Gazette de gynécologie*, 1895, p. 193. — **Prima-Pintor.** Les injections intra-utérines d'euphorbine dans le traitement de l'endométrite. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1895, p. 336. — **Pryor.** The Treatment of Gonorrhæa in Women. *The Am. gyn. a. obst. J.*, septembre 1895, n° 3, p. 225. — **Travis Gible.** Uterine Dilatation for Sterility. *Am. J. Obst.*, août 1895, p. 251. — **Vitrac.** *Drainage de l'utérus; procédés les plus usuels ; description d'un procédé nouveau.* Thèse de Bordeaux, 1894-1895. — **Weil (A.).** Le courant continu en gynécologie. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 646.

VULVE ET VAGIN. — **Francisco de Lastres Recio.** Un caso de retention menstrual por atresia vaginal congenita y total, operado con

exito. *Annales de obst. ginec. y pediatria*, juillet 1895, p. 201. — **Louradour.** *Contribution à l'étude du cancer primitif du clitoris.* Thèse de Bordeaux, 1894-95. — **Martin (A.)** Die Colpotomia anterior. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 1895, II, 109. — **Mindt (Francis).** A case of apparent hermaphroditism. *Boston med. and surg. Journ.*, 1895, II, 112. — **Neugebauer.** *Zur Lehre v. den angeborenen u. erworbenen Verwachsungen u. Verengerungen der Scheide sowie des angeborenen Scheidenmangels m. Ausschluss der Doppelbildungen.* Berlin, 1895. — **Nouvel.** *De la pathogénie des kystes du vagin.* Thèse de Bordeaux, 1894-95. — **Ridgway Barker.** The local Treatment of Contusions of the External Genitalia. *Am. j. Obst.*, août 1895, p. 200 — **Rockey.** A New Self-Retainning Perineal Retractor. *The Annals of Gyn. a. Pæd.*, juillet 1895, p. 690. — **Sage.** *Des tumeurs liquides de la grande lèvre.* Thèse de Bordeaux, 1894-95. — **Vassal.** *De la vulvo-vaginite des petites filles et de son traitement par le permanganate de potasse.* Thèse de Bordeaux, 1894-95.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Burrage.** Cases of Freund's.New Operation for Prolapse. *Annals of Gynæc. and Pæd.*, mars 1895, p. 372. — **Burrage. (W.-L.).** Notes on the repair of rupture of the perineum through the sphincter ani. *Boston med. and surg. Journ.*, 1895, t. II, p 108. — **Cleveland (C.).** The Alexander Operation. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1895, p. 704. — **Daroux.** *Indications et résultats du curettage dans les inflammations chroniques de l'utérus* Thèse de Bordeaux 1894-1895. — **Delmas-Marsalet.** *Étude générale des déviations utérines consécutives à la fièvre puerpérale.* Thèse de Bordeaux, 1894-1895. — **Fred.** The radical Cure of uterine Prolapse. *The British M. J.*, septembre 1895, p. 189. — **Kerman.** Hystéropexie abdominale et cure d'éventration. *Annales médico-chirurgicales*, 1895. p. 289. — **Lapthorn Smith.** Ventro-fixation and Alexander's operation compared. *Am. J. Obst.* août 1895, p. 264. — **Mundé (P. F.)** The Present Treatment of Uterine Displacements. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1895, p. 691. — **Olshausen.** Ueber Behandlung der Retro-deviationen des Uterus. *Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn.*, T. XXXII, H. 1, p. 1. — **Segale.** Laparo-hystéropexie extra-péritonéale dans le traitement du prolapsus et de la rétroflexion de l'utérus. *Arch. de toc. et de gyn.* septembre, 1895, p. 667.

MÉTRITE, ULCÉRATIONS, ETC. — **Augustin Goclet.** The Treatment of Metritis and Endometritis *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 391. — **Coyne** et **Lefour.** Dysménorrhée membraneuse et avortement. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.* 4 août 1895, p. 364. — **Duncan (William).** Chronic inflammation of the uterus. *Lancet.* London, 1895, II, 139. — **Emanuel** et **Wittkowski** et **Veit.** Ueber Endometritis in der Gravidität. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, T. XXXII, H. 1, p. 98. — **Fehling (H.).** Die Behandlung der Endometritis. *Wiener medizin. Presse*, 30 juin 1875, p. 1009. — **Ford (W.).** The Ultimate Results of Trachelorrhaphy. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1895, p 783. — **Johnstone (A.).** Trachoma of the Female Genito urinary Tract. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1893, p. 764. — **Maudange.** Endométrite des femmes âgées. *Arch. de toc. et de gyn.*, juin 1895, p. 472. — **Meinert.** Ueber spontane Ruptur and spontane Perforation des nicht schwangeren Uterus. *Wien.*

Medizin. Presse, n° 34, p. 1290. — **Pillet.** *De l'emploi du perchlorure de fer au dixième dans le traitement de la métrite hémorrhagique.* Thèse de Bordeaux, 1894-1895. — **Reverdin (J.-L.)** et **Buscarlet.** Tuberculose utérine secondaire ayant envahi le museau de tanche. *Revue médicale de la Suisse Romande*, Genève, 1895, p. 440. — **Stephan.** Arztliche Behandlung des Dysmenorrhæ. *Deutsche medizinal Zeitung*, Berlin, 12 septembre 1895, p. 831. — **Werth.** Untersuchungen über die Regeneration der Schleimhaut nach Ausschabung der Uteruskörperhöhle. *Archiv. f. Gyn.*, T. XLIX, p. 369, Berlin, 1895.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Bacon.** A case of deciduoma malignum. *Am. J. of Obstetr.*, N.-Y., mai 1895, p. 679. — **Baldy.** Hysterectomy for Suppurative Diseases of the pelvic Organs. *The Am Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1895, n° 3, p. 221. — **Betton Massey.** A large œdematous Myoma treated by abdominal Electropuncture. *The Am. Gyn. and Obst. J.*, juillet 1895, p. 1. — **Camescasse (Pierre).** Un procédé d'hystérectomie totale par voie double ou par manœuvres abdominales et vaginales combinées. *Nouv. Arch. d'obst. et de Gyn.*, 1895. p 349. — **Condamin.** Note sur un point de l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale. Modifications à apporter au premier temps de cette opération. *Lyon médical*, 1895, t. II, p. 282. — **Corson.** The Apostoli Treatment of Uterine Fibroïds. *Am. J. of Obst.*, septembre 1895, p. 341. — **Christopher Martin.** Two Uteri removed by Hysterectomy. *The British Gyn. J.*, août 1895, p. 174. — **Crowell.** Hysterectomy for Periuterine Suppuration. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, mars 1895, p. 368. — **D'Alfeo Rosa.** Colossale fibroma interstitiale dell'utero. Amputazione sopra vaginale utero ovarica. *Riforma medica*, 24 juillet 1895, p. 246. — **Dixon Jones (Mary A.).** Intra or extra-peritoneal treatment of the pedicle, or total hysterectomy. *Medic. Record*, 1895, I, p. 260. — **Eastman (J.).** Report of a Case of Hysterectomy where the Morphology of the Tumor made total Extirpation of the Cervix the only possible Procedure. *The Am. Gyn. a. Obst J.*, juillet 1895, p 18. — **Emmet (Th. A.).** The Use of Traction and Morcellation in the Removal of Fibroïds *versus* Hysterectomy. *The Am. Gyn a. Obst J.*, juin 1895, p. 655. — **Engelmann (George J.).** The early hystory of vaginal hysterectomy. *Americ. Gyn. and Obstetr. Journ.*, N.-Y., mai 1895, p. 521. — **C. Faguet** et **Vitrac.** Neuf observations d'hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibro-myômes de l'utérus. Traitement rétro-péritonéal du pédicule. *Revue de chirurgie*, 1895, p. 495 — **Fabricius.** *Ueber Myome u. Fibrome des Uterus u. deren Einfluss auf die Umgebung.* Vienne, 1895. — **Frederick.** Ligation of the Broad Ligament for Uterine Fibromyomata. *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 348. — **Fullerton (Anna M.).** A Contribution to the study of uterine fibroïds. *Amer. Gyn. and Obstetr. Journ.* N. Y., mai 1895, p. 569. — **Garceau.** The French Method of vaginal Hysterectomy. *Annals of Gyn. and Pæd.*, mars 1895, p. 374. — **Gordon.** Further Experience and Observations in Hysterectomy for Fibroïds. *The Am Gyn a. Obst. J.*, juin 1895. p. 649. — **Guermonprez.** Fibro-myôme intraligamenteux, décortication suivie d'hystérectomie totale. *Arch. de tocol. et de gyn.*, sept. 1895, p. 704 — **Guermonprez.** Hystérectomie abdominale totale. *Gazette des hôpitaux*, 3 sept. 1895, p. 1007. — **Hunter.** The Early Recognition of Carcinome of the Cervix. *The Am.*

Gyn. a. Obst. J., sept. 1895, n° 3, p. 231. — **Irish.** Abdominal hysterectomy in the treatment of septic pelvic disease and for cancer of the os uteri. *Boston medic. and surgic. J.*, 1895, t. II, p. 615. — **Jacobs.** Operative Technique in vaginal hysterectomy. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 711. — **Kossmann.** Das carcinoma syncytiale Uteri. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn*, Berlin, II, 100. — **Kuppenheim.** Ein Fall von Sarcoma deciduo cellulare. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 34, p. 915. — **Lapthorn Smith.** The present Status of the electrical Treatment of fibroids. *The Annals of Gynæc. and Pæd.*, juillet 1895, p. 678. — **Lanphear (Emory).** A plea for more frequent operation for cancer of the uterus. *Medicine*, Detroit, Michigan, sept. 1895, p. 348. — **Leopold.** Myomectomy during pregnancy. *Am J. Obst.*, mai 1895, p. 607. — **Lewers (Arthur H. N.).** An inquiry into the relative advantages of vaginal hysterectomy and the supravaginal amputation of the cervix in cancer of the cervix uteri. *Lancet*, London, 1895, II, 23. — **Marchand (F.).** Ueber die sogenannten « decidualen » Geschsvülste im Anschluss an normale Geburt, Abort, Blasenmole und Extra-uterineschwangerschaft. *Monatsschrift fur Geb. u. Gyn*, Berlin, 1895, t. II, p. 419 et 513. — **Martin (A.).** Die totalexstirpation des myomatösen Uterus per Cœliotomiam. *Berlin klin. Woch.*, 22 juillet 1895, p. 625. — **Mc Laren (A.).** Catgut for ligation of the Pedicle. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1895, p. 675. — **Meineeke.** *Fall v. Schleimhaut-Sarcom des Uterus.* Tubingen, 1895. — **Péan.** Des différentes méthodes d'extirpation des fibromes utérins. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 903. — **Quénu.** L'hystérectomie vaginale dans le traitement des salpingites. *Presse médicale*, 1894, p 249. — **Renner.** *Ueb. die Resultate der Kastration bei Myomen des Uterus*, Tubingen, 1895. — **Riddle Goffe.** Some Further Consideration on the intrapelvic but extraperitoneal Treatment of the Stump in supravaginal Hysterectomy for fibroid Tumors. *Am. J. of Obst.*, août 1895, p. 177. — **C. Ruge.** Ueber das Deciduoma malignum in der Gynækologie. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXIII, H. 1, p. 162. — **Shoemaker (George Erety).** Case of Hysterectomy by ligation for Fibroma. *Amer. Gyn. and Obstetr. J*, N.-Y, mai 1895, p. 586. — **Sinclair (W. J.).** Early Diagnosis of Cancer of the cervix uteri; a pathognomonic sign. *Medic. Chronicle.* Manchester, août 1895, p. 342. — **Sutton (R. S.).** Specimens of total vaginal Extirpation of the Uterus, etc. *The Am. Gyn. a. Obst.*, juin 1895, p. 744. — **Tschudy.** Sectio cæsarea nach Porro bei Uterus didelphys. *Archiv f. Gyn.*, Berlin, 1895, t. XLIX, p 471. — **William Whorthen.** Vaginal Hysterectomy for uterine Myomata and Diseases of the Adnexa. *Am. J. of. Obst.*, août 1895, p. 188.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Biesalki.** *Die Enstehungsweise der verschiedenen Formen v. Peritonitis.* Berlin, 1895. — **Boisleux.** De la rupture des adhérences péritonéales par la colpotomie antérieure et postérieure. *La Clinique française*, 1825, p. 600. — **Coe (Henry C.).** Acute localized versus diffuse peritonitis in women from a clinical standpoint. *Americ. Gyn. and Obstetr. J.*, N.-Y., mai 1895, p. 562. — **Delassus.** Salpingite kystique compliquée de grossesse. *Arch. de toc. et de gyn.*, septembre, 1895, p. 714. — **Doléris.** Thérapeutique intra-utérine dans les affections inflammatoires des annexes. *Nouv. Arch. d'obstétr. et de gyn.*, 1895, p. 281. — **Henrotin.** Conservative Surgical Treatment of Para and Peri-uterine

septic Diseases. *The Am. Gyn. u. Obst. J.*, juin 1895, p. 769. — **Herman**. Un cas d'hématocèle rétro-utérine. *Annales médico-chirurgicales*, 1895, p. 292. — **Isaac (A.)**. De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes. *Nouv. Arch. d'obstét. et de gyn.*, 1895, p. 312. — **Kousmine**. Tumeur volumineuse de la région iléo-fémorale gauche constituée par une hernie de la trompe utérine. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 657. — **Lockwood**. Hernia of the ovary in an infant, with torsion of the pedicle. *Brit. med. J.*, 1895, II, 716. — **Moorsel**. *Casuistische Beiträge z. Parametritis purulente*, Iena, 1895. — **Rugh (J. W.)**. Traumatic pelvic hematocele rupturing into the peritoneal cavity. *The Philadelphia Polyclinic*, 31 août 1895, p. 358. — **Sanders**. The after Treatment of four Cases of Salpingo-oophorectomy by Electricity, etc. *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 398. — **Watkins**. Vaginal Section and Drainage for Pelvic Abscess. *Am. J. Obst.*, août 1895, p. 207.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Ampt**. Zur Histologie des Parovariums und der Cysten des Ligamentum latum *Cent. f. Gyn.*, 1895, nº 34, p. 913. — **Barette**. Vingt-cinq kystes de l'ovaire. *Année médicale de Caen*, 1895, p. 111. — **Bertholdt**. *Ueber das Einnähen der Cystenwand in die Bauchdecken bei unvollendbarer Ovariotomie*. Tubingen, 1895. — **Collins**. Impacted ovarian Cyst. *The British m. J.*, août 1895, p. 176. — **Doege (Karl W.)**. Parovarian cyst, complicated by the passage of renal calculi, simulating and diagnosed as ectopic Gestation. *Medic. Rec.*, N.-Y., 1895, II, 372. — **Eyrich**. *E. Fall v. Carcinome d. Ovarium*. Tubingen, 1895. — **Falla (Walter)**. An unusual and remote sequela of ovariotomy. *Lancet*, London, 1895, II, 463. — **Guinard**. — The Diagnosis of dermoid Cysts of the Ovary. *Annals of Gynæc. and Pæd.*, mars 1895, p. 382. — **Langer**. Ueber einen Fall ven Sarcoma ovari. *Archiv. f. Gyn.*, Berlin, 1895, t. XLIX, p. 508. — **Montgomery**. Results of Removal of uterine Appendages. *The Annals of Gyn. a. Pædiat.*, juillet 1895, p. 661. — **Müller (Vitalis)**. Ueber Protozoenbefunde im ovarial und Uterus Carcinome. *Monatsschrift für Geburtschülfe und Gynækol.* Berlin, 1895, T. I, p. 561. — **Penrose**. The Ligature in Oophorectomy. *Am. J. Obst.*, août 1895, p. 221. — **Rees**. *Eierstockgeschwülste als Geburtshindernis*. Tubingen, 1895. — **Robinson (Byron)**. Removal of the appendages and ligation of the uterine artery to the utero-cervical junction. *Medical News*, Phil., 1895, II, 170. — **Rubeska**. Beitrag zur Complication der Schwangerschaft u. Geburt mit Ovarialgeschwülsten. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. II, Hft. 3, p. 184 — **Sinclair (W. I.)**. Case of papilloma of both ovaries and tubes with large amount of ascites; operation : permanent cure. *Medical Chron.* Manchester, août 1895, p. 350. — **Ulmann (R.)**. Eine Dermoïdcyste des linken Ovarium von seltener Grösse. Entfernung durch Laparotomie; Heilung. *Wiener Medizin Presse*, 1895, nº 38. — **Vignes**. *Contribution à l'étude du carcinome de l'ovaire*. Thèse de Bordeaux, 1894-1895.

ORGANES URINAIRES. — **Auvard**. Fistule recto-vaginale opérée pendant le post-partum. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 655. — **Emmet (Th. A.)**. Incurable vesico-vaginal fistula : A new Method of Treatment by suprapubic Cystotomy. *Am. J. of Obs.*, mai

1895, p. 593. — **Fischer** (J.). Zu den Stritkturen der weiblichen Harnröhre. *Cent. f. Gyn.*, Leipzig, 1895, p. 1039. — **Kolischer**. Das bullöse Œdem der weiblichen Blase. *Cent. f. Gyn*, 1895, n° 27, p. 723. — **Leder**. Un cas de miction fréquente due à une rétention partielle d'urine et guérie par le massage. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, septembre 1895, p. 641. — **Schultze** (B. S.). Bericht über sogenannte Spontanheilung einer mittelgrossen Blasen-Scheiden-Gebarmutterfistel nebst prophylaktischen Bemerkungen. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 27, p. 720. — **Teynac**. *De la cystotomie préliminaire appliquée au trait. de certaines fistules vésico-génitales* Thèse de Bordeaux, 1894-1895. — **Vary dit Farvacque**. *Hernies de la vessie à travers l'urèthre.* Thèse de Bordeaux, 1894-1895.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Franklin H. Martin**. Some Mooted Points in pelvic Surgery. *The Annals of Gyn. a. Pæd.*, juillet 1895, p. 643. — **Henry**. Indications for Laparotomy. *The Am. Gynec. a. Obs. J.*, juillet 1895, n° 1, p. 12. — **Jacobs**. Indications for total Castration by the Vagina. *The Am. Gyn. a. Obst.*, juin 1895, p. 733. — **Lanphear**. Three cases of abdominale section for extra uterine Pregnancy. *Medic. Record*, 1895, t. II, p. 370. — **Long**. The technique of abdominal and pelvic Surgery. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1895, n° 3, p. 236. — **Mallett**. Vaginal drainage in abdominal section. *Am. J. of Obst.*, août 1875, p. 184. — **Poppe**. *Ub. die Castration bei Osteomalacie.* Fribourg, 1895. — **Price** (**Joseph**). The philosophy of Pelvic and abdominal Surgery. *The Cincinnati Lancet clinic.*, 29 juin 1895, p. 741. — **Schräder**. *Ub. Darmlähmung u. Ileus nach Laparotomie.* Tubingen 1895.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Gollins**. *Die Schmerzlose Entbindung Verhaltungs-Massregeln z. Vermeidung der Schmerzen u. Gefahren der Niederkunst*, etc., Leipzig, 1895. — **Freeland Barbour**. A Study of the more recent Frozen Sections in their bearing on the Mechanism of Labour and the third Stage. *Edinb. m. J.*, octobre 1895, p. 298. — **Leopold** et **Orb**. Die Leitung normaler Geburten nur durch aüssere Untersuchung. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIX, Hft. 2, p. 304. — **Nichols**. *Die Schmerz u. Gefahrlose Entbindung der Frauen*, etc., 1895.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Anselme**. *Ueber den Eisengehalt in der Milch.* Wurzbourg, 1895. — **Bergh**. *Vorlesungen üb. allgemeine Embryologie.* Wiesbaden, 1895. — **Hubrecht**. *Die phylogenese des Amnions u. die Bedeutung des Trophoblastes.* Amsterdam, 1895. — **Kehrer**. *Zur Phylogenie des Beckens.* Heidelberg, 1895. — **Klien**. Eine neue Methode der Beckenausgangsmessung. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, Bd. II, Hft. 3, p. 165. — **Strassmann**. *Schemata zur Eintragung des Befundes der aüsseren u. inneren Geburtshulflichen Untersuchung.* Berlin, 1895.

DYSTOCIE. — **Demelin**. Conduite à tenir dans le cas de rétrécissement rachitique du bassin. *Arch. de Tocol. et de Gyn.*, septembre 1895, p. 676. — **Roux**. Bassin rétréci. Accouchement prématuré artificiel. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 695. — **Steffens**. *Ueber Schwangerschaft u. Geburt bei Missbildungen des Uterus.* Tubingen, 1895. —

Wassilieff. Bassin rétréci entre 8 1/2 et 9 cent. Présentation du sommet, accouchement à terme, enfant vivant, par l'emploi du levier. *Arch. de toc. et de gyn.*, septembre 1895, p. 771.

GROSSESSE. — **Keilmann.** Die diagnostische Bedeutung der Fluctuation. im gravidi Uterus. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, t I, H. 5, p. 438. — **Monod.** Grossesse adipeuse. *Annales de la polyclinique de Bordeaux,* 1895, p. 130. — **Noble (Ch.).** Diagnostic de la grossesse pendant les trois premiers mois. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 65. — **Strassmann** *Schemata zur Eintragung des Befundes der aüsseren u. inneren Geburtshülflichen Untersuchung.* Berlin, 1895.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Brown (Henry R.).** Ectopic gestation. *Pacific medic. Journ.* San Francisco, septembre 1895, p. 559. — **George M. Boyd.** Two Cases of tubal Pregnancy operated upon more than a Month after Rupture. *The Am. Gyn. a. Obst J.*, juillet 1895. p. 3. — **Hermann Thomson.** Beiträge zur Extra-uteringravidität. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXII, H. 1, p. 155. — **Hartmann.** *Ueb. die Extra-uteringravidität.* Tubingen, 1895. — **Hugh Mc Call.** Ectopic Pregnancy. *The Annals of Gynæc. and Pæd.*, juillet 1895, p. 687. — **Jepson.** Early Ectopic Gestation : Its Nature, Diagnosis and Treatment. *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 321. — **Lanphear.** Two Cases of abdominale Section for extra-uterine pregnancy. *Med. Record,* 1895, p. 370. — **Thiébaut.** Contribution à l'etude de la grossesse tubaire avortée. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 682. — **Schlodtmann.** *E. Fall v. Extra-uterinschwangerschaft,* Königsberg, 1895.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Dohrn.** Ueber die Grösse des respiratorischen Luftwechsels in den ersten Lebenstagen. *Zeitschr. f. Geburts. u. Gyn*, t. XXXII, H. 1, p. 25. — **Goenner.** Ueber Vererbung des Form und Grösse des Schädels. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXIII, H. 1, p. 1. — **Lop.** De l'alimentation prématurée ou artificielle des nourrissons. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 691. — **Reusing.** Beiträge zur physiologie des Neugeborenen. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*. t. XXXIII, H. 1, p. 36. — **Ruhe.** *Anatomische Beschreibung e. menschlichen Janiceps asymetros, nebst Versuch e. genet. Erklarg.* Marbourg, 1895.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Frank.** Concerning the principles and practice of episiotomy. *The Annals of Gyn. a. Pæd.*, juillet 1896, p. 674. — **Fry.** Symphyseotomy. Elective cæsarean section. *Amer. Gyn. and Obst. J.*, 1895, p. 579. — **Garrigues.** Artificial abortion. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1893, p. 818. — **Guermonprez.** Hystérectomie abdominale totale substituée à l'opération de Porro. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895. p. 699. — **Harrigan.** A plea for modern cæsarean section. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1895, n° 3, p. 245. — **Harris (R. P.).** The symphyseotomies of the United States and of Canada. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1893. p. 788. — **Löhlein.** *Die Symphyseotomie u. ihr Verhältniss zum Kaiserschnitt u. zur künstlichen Frühgeburt.* Wiesbaden, 1895. — **Price.** Puerperal eclampsia. *The Am. Gynec. a. Obst. J.*, juillet 1895, n° 1, p. 5. — **Spaeth.** Ueber die resultate der Wendung bei Symphysiotomie. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, t. II, p. 83. — **Tschudy.** Sectio cæsarea nach Porro bei uterus didelphys. *Arch. f. Gyn.*, t. 94, p. 471.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Alexander Keilmann.** Die Entwickelungsbedingungen des Placenta prævia. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXIII, H. 1, p. 21. — **Auvard.** Placenta prævia. Extraction nouvelle du fœtus Sortie du placenta avec le fœtus. Tamponnement intra-utérin. Guérison. *Arch. de toc. et de gyn.*, septembre 1895, p. 653. — **Balls Headley.** A case of puerperal pelvic cellulitis from Phlebitis. *The Annals of Gyn. a. Pæd.*, juillet 1895, p. 663. — **Barnes (Fancourt).** Inversion of the uterus *The provincial med. Journ.*, Leicester, 2 sept. 1895, p. 483 — **Baumm.** Zur Behandlung der Placenta prævia. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 39, p. 1043. — **Brindeau.** *Placenta prævia. Accouchement spontané par passage de la tête à travers le placenta*, septembre 1895, p. 711. — **Bussche-Haddenhausen.** *Die in den J.*, 1890-1894, *in der Frauenklinik zu Göttingen operirten Fälle v. Osteomalacie.* Berlin 1895. — **Bumm.** Ueber Diphterie und Kindbettfieber. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXIII, H. 1, p 126. — **Closs.** *Ueb. die thrombophlebitische Form des Puerperalfiebers.* Tubingen, 1895. — **Cumston (Charles-Greeve).** Metritis as a cause of miscarriage. *Boston med. and surg. Journ.*, 1895, t. II, 201 et 225. — **Cumston.** Note on the Pathology and Treatment of Osteomalacia. *Annals of Gyn. and Pædiat.*, mars 1895, p. 363. — **Currie.** Puerperal septicemia with case. *Boston med. and surg J.*, 1895, t. II, p. 612. — **Fraenkel.** Die Histologie der Blasenmolen und ihre Beziehungen zu den malignen von den Chorionzotten (Decidua) ausgehenden Uterustumoren. *Archiv. f. Gyn.* Berlin, 1895, t. XLIX, p. 481. — **Harry G. Utley.** A contribution to the study of albuminuria during pregnancy. *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 354. — **Harrison (G. B.).** Puerperal eclampsia. *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 365. — **Himmelsbach.** Inversion of the uterus. *Medic. News*, Phil., 1895, II, 213. — **Hirigoyen.** Hémorrhagie par rupture du sinus circulaire d'un placenta normalement inséré. *Mercredi médical*, 1895, p. 313. — **Jung.** 26 *Falle v. Placenta prævia.* Göttingen, 1895. — **King.** Puerperal tetanus. *Am. J. of Obst.*, août 1895, p. 225. — **Koblanck.** *Beitrag zur Lehre der Uterusruptur.* Stuttgart, 1895. — **Leopold.** Myomectomy during pregnancy. *Am. J. Obst.*, mai 1895, p. 607. — **Ludwig u. R. Savor.** Experimentelle Studien zur pathogenese der Eclampsie. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. I, H. 5, p. 447. — **Matthew D. Moum.** Perforation of the uterus after Abortion with Prolapse of intestine. *Am. J. Obst.*, mai 1895, p. 603. — **Mc Gillscuddy.** Bacteriology and treatment of puerperal tetanus. *Am. J. Obst.*, août 1895, p. 237. — **Montay.** Inversion utérine. *Dauphiné médical*, 1895, p. 144. — **Müllerheim.** *Die aussere Untersuchung der Gebarenden.* Coblentz, 1895. — **Partridge.** Pregnancy associated with Diabetes. *Medic. Record*, 1895, t. II, p. 109. — **Prochownik.** Zur Mechanik des Tubenabords. *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. XLIX, Hft. 2, p 177. — **Mittenzweig.** *Ueb. criminellen Abort.* Coblentz, 1895. — **Reamy.** The treatment of puerperal eclampsia. *The Am. Gyn. a. Obst., J.*, juin 1895, p. 752 — **Richard. H. Read.** Retroversion of the gravid uterus; spontaneous reposition at the end of the fourth month. *Lancet*, London, 1895, II, 528. — **Rivière.** De la conduite à tenir dans les accidents gravido-cardiaques. *Mercredi médical*, 1895, p. 325. — **Rosenberg (G.).** Fibroid tumors of the uterus a sa complication of pregnancy and labor. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 622 — **Rabeska.** Beitrag zur Complication der Schwangerschaft u. Geburt mit Ovarialgeschwulst. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. II, Hft. 3, p. 184. — **Schreiber.** Zum gegenwärtigen Stand der Frage

über die Entstehungsursache der Eclampsie. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, t. 1, H. 5, p. 474. — **Scott**. Bacteriology and treatment of puerperal tetanus. *Am. J. of Obst.*, août 1895, p. 230. — **Schwarz**. Ruptur einer 2 Monate Schwangeren Tube mit Hämatocelebildung und Durchbruch in die vesica, Genesung. *Cent. f. Gyn.*, 1895. n° 36, p. 985. — **Stäger**. *Symptome u. Behandlung der Schwangerschaft u. Geburt bei in der 2. Halfte der Gravidität abgestorbenen Früchten*. Berne, 1895. — **Stieber**. Grossesse tubaire datant de 14 mois; fœtus mort à 6 mois; laparotomie; extirpation du kyste fœtal; guérison. *Arch. de toc. et de gyn.*, juin 1895, p. 424. — **Wesley Bovée**. A case of ruptured tubal pregnancy attempted criminal abortion; septic infection; cœliotomy and curettage. Recovery. *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 387. **Westphalen**. Zwei Fälle von Fruchttod im letzten Schwangerschaftsmonat in Folge stumpfer Gewalteinwirkung. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.* 1895, Bd. II, Hft. 3, p. 210. — **Williams**. Conditions pathologiques de l'œuf amenant des écoulements liquides utérins. *Arch. de gyn.* juin 1895, p. 420. — **Wittkoosky** et **Veit**. Ueber Endometritis in der Gravidität. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXII, Hft. I, p. 98.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Brown** et **Alexandrin**. Action thérapeutique du chloroforme pendant la parturition. *Union médicale du Canada*, 1895, p. 430. — **Braun v. Fernwald**. *Ub. Asepsis u. Antisepsis in der Geburtschilfe*. Vienne, 1895 — **Coromilas**. On the action of quinine on the kidneys and genital organs during pregnancy. *Edinb. med. Journ.*, 1895, t. II, p. 139. — **Duke (Alexander)**. On curetting the uterus in cases of puerperal septicæmia. *Lancet*. London, 1895, II, 669. — **Edward P. Davis**. Drainage in Puerperal Sepsis. *Am. J. of Obst.*, août 1895, p. 218. — **Jacub**. Ein Beitrag zur Behandlung des Aborts. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. II, Hft. 2, p. 195. — **Leutart**. *Die anatomische Veranderungen durch Sublimatintoxication*. Berlin, 1895. — **Tomalla**. Ueber Vermeidung von Decubitus bei kranken Wöchnerinen. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 30, p. 815. — **Truzzi**. Die prophylactische Gaze Uterustamponade bei den rechtzeitigen Geburten. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, 1895, t. II, p. 81.

VARIA. — **Ahlfeld**. Das Peter Mullersche Impressions Verfahren. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. I, H. 6. p. 569. — **Ahlfeld**. Kritische Besprechung einige neueren Arbeiten geburtshülflichen Inhalts. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXII, H. 1, p. 117. — **Birnbaum**. *Arztlicher Rathgeber üb. Schwangerschaft Geburt u. erste Kindes Lebe*. 1895. — **Döderlein**. *Leitfaden f. den Geburtshilflichen Operationskurs*, Leipzig, 1895. — **Fehling**. *Lehrbuch f. Geburtshilfe f. Hebammen*, etc., Tubingen, 1895. — **Gall**. *Die Indicationen u. Verhütung der Schwangerschaft u. meine Verbesserung des Occlusio-Pessars*. Munchen, 1895. — **Goldberger**. Ein seltener Fall von Polymastie. *Arch. f. Gyn.* 1895, Bd. XLIX, Hft 2, p. 278. — **Martin (A.)**. *Beiträge zur Geburtshülfe u. Gynækologie*, etc. Berlin., 1895. — **Matignon**. Comment les Chinois prétendent durant la vie utérine arriver à reconnaître le sexe du fœtus. *Arch. de toc. et gyn.*, juin 1895, p. 406. — **Poten**. *Hebammenunterricht u. Hebammenwesen*, Berlin, 1895. — **Rokitansky**. *Lehrbuch f. Hebammen*, Vienne, 1895. — **Schaeffer**. *Atlas u. Grundriss der Lehre von Geburtsatk. u. der operativen Gebursthilfe*, Munich, 1895.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

DES PLUS GROS FIBROMES JUSTICIABLES DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE (1)

Par M. **Paul Segond**,
Agrégé de la Faculté, chirurgien de la Maison municipale de santé,
Membre de la Société de chirurgie.

Ce travail n'est, en substance, que la justification d'une opinion que j'ai formulée pour la première fois, il y a trois ans, dans mon rapport sur les suppurations pelviennes, au Congrès de Bruxelles. La valeur de l'hystérectomie dans l'ablation des fibromes, disais-je, est en général assez mal connue. Nombre de chirurgiens pensent, en effet, que la voie vaginale permet seulement l'ablation de fibromes de petit et de moyen volume. C'est, à mon avis, une erreur, et j'estime au contraire que l'ablation des fibromes par hystérectomie est une opération merveilleuse qui permet de s'attaquer avec succès à toute masse fibreuse utérine ou péri-utérine dont les limites supérieures ne dépassent pas l'ombilic.

Ma formule était, on le voit, fort nette, et, si je me permets de la reproduire textuellement, ce n'est point pour revendiquer une priorité dont on a peut-être fait trop bon marché, c'est avant tout et surtout parce que cette manière de juger

(1) Communication faite au *Congrès français de chirurgie.*

la question me paraît en tous points conforme à la vérité. A cette heure, mon expérience du morcellement est très étendue. J'ai opéré nombre de cas extrêmement difficiles ; me défiant des exagérations ou des virtuosités que peut inspirer la possession chaque jour plus complète du manuel de la méthode, j'ai toujours eu pour objectif de préciser et de respecter avec le plus grand soin les limites qui, dans l'espèce, doivent séparer les indications rationnelles des possibilités dangereuses ; et je puis l'affirmer, tout ce que j'ai vu n'a fait que confirmer mes opinions premières. Le moment me paraît donc venu de documenter ce que j'ai simplement énoncé jusqu'ici, soit à Bruxelles, soit à Lyon, et j'espère que les 66 observations jointes à cette communication mettront en juste lumière le bien fondé de mes convictions.

Un mot encore avant d'aborder directement mon sujet : il est, n'est-ce pas, bien entendu qu'en étudiant ici les avantages de l'hystérectomie vaginale dans l'ablation des fibromes, je n'entends nullement dire qu'en présence d'un fibrome quelconque, il faille toujours et quand même prendre le bistouri. Pareille tendance serait à ce point insensée qu'il devrait être superflu de s'en défendre. Et cependant, devant les suspicions soi-disant tutélaires de certains esprits, on y est bien obligé. Les hystérectomistes surtout sont ici privilégiés. Dès que nous prenons la parole ou la plume sur un sujet quelconque de gynécologie opératoire, il se trouve aussitôt quelqu'un pour insinuer que nous ignorons forcément toutes les lois de la prudence, et que, par définition, si je puis ainsi dire, nous ne savons que supprimer sans jamais songer à guérir. Force est donc de mettre avec insistance les points sur les i. Et, dans le cas présent, cette nécessité s'impose avec une urgence particulière.

Il n'est pas, en effet, de question qui ait, autant que le traitement chirurgical des fibromes, le secret d'exciter la verve et les sous-entendus de ceux qui nous discutent. A vrai dire, si les apôtres de la conservation quand même se recrutaient seulement parmi ceux-là qui, vieux ou très

jeunes, vaguement chirurgiens ou parfaitement ignorants des choses de notre art, croient cependant qu'il est de leur devoir ou de leur intérêt de prêcher en toute occasion contre les excès de la chirurgie en général et contre la guérison chirurgicale des fibromes en particulier, il n'y aurait pas grand dommage. Mais, par malheur, les suspicions dont je parle, émanent parfois encore de personnalités médicales ou même chirurgicales dont la haute conscience commande toute l'attention. Il est donc indispensable de très bien s'entendre.

Spécifier davantage, en détaillant les indications de l'ablation des fibromes m'entraînerait à des développements que cette communication ne comporte pas. La mise au point de cette question est, du reste, maintenant, de connaissance courante, et la plupart des exagérations conservatrices qu'il nous fallait naguère encore discuter sur la rareté de la mort par hémorrhagie, ou bien encore sur l'espoir de posséder la drogue souveraine susceptible de préserver à jamais les fibromes de notre intervention, sont autant d'affirmations tenant beaucoup plus du roman que de la clinique et qui ne méritent même plus mention. Certes, nous sommes persuadé qu'en nombre de cas, il ne faut absolument pas toucher aux tumeurs fibreuses. Les contre-indications proviennent le plus souvent, alors, de l'état de santé ou de l'âge de la patiente, de la tolérance de l'organisme pour des fibromes petits ou gros, de la possibilité d'escompter l'influence d'une ménopause prochaine, ou bien encore du volume excessif que le traitement médical laisse prendre aux tumeurs, volume excessif qui donne à toute intervention une gravité par trop grande. Mais, ce que nous savons aussi, c'est qu'en bien des circonstances, la gravité des symptômes ou la rapidité d'accroissement des tumeurs exigent l'intervention de la manière la plus formelle. Bref, il est indiscutable que nombre de fibromes sont moins graves à enlever qu'à laisser, et, je le répète, je vise uniquement les cas de ce genre. . . . .

Je suis d'autant plus à l'aise pour m'exprimer de la sorte, que, pour moi, l'intervention chirurgicale, en cas de tumeur fibreuse, n'a point du tout la parfaite bénignité dont on parle si volontiers maintenant. A vrai dire, il y a longtemps que les laparotomistes demandent avec insistance au perfectionnement de la technique la possibilité d'enlever un utérus fibreux avec autant de sécurité qu'un kyste de l'ovaire. Et je veux bien croire que nous y réussirons en grande partie. Mais, tant que la médecine conservatrice ne cessera pas de nous marchander tout ce qui est si bien de notre ressort, je doute fort que nous obtenions jamais la parfaite similitude de ces deux pronostics.

Pareil doute paraîtra, je le sais, bien rétrograde aux opérateurs qui ont aujourd'hui toute confiance dans l'avenir de l'hystérectomie abdominale totale et qui, se basant sur quelques statistiques blanches de tout accroc, considèrent le problème comme désormais résolu. Et cependant, je n'en maintiens pas moins mes réserves. Non point que je conteste un seul instant les récents succès de l'hystérectomie abdominale totale, mais parce que tout ce que j'ai vu me laisse, par malheur, cette conviction, que la chirurgie des fibromes, pour peu qu'elle porte sur un nombre de cas suffisants, n'aura jamais, au même titre que la chirurgie des annexes, le secret des séries merveilleuses. La raison m'en paraît même indiscutable.

Le plus souvent, en effet, les malades qui acceptent ou réclament notre intervention, se trouvent dans les conditions les plus déplorables. Qu'elles nous soient adressées par un confrère, reconnaissant enfin les dangers d'une expectation plus prolongée; qu'elles nous arrivent au contraire d'elles-mêmes, lassées par l'insuccès de toutes les cures et de tous les traitements plus ou moins directs qu'on leur conseille depuis des années, en leur promettant une guérison qui ne vient jamais, et sans obtenir autre chose que la déchéance progressive de leur résistance vitale, la situation reste la même. Lorsque vient enfin notre heure,

le fait brutal c'est que nous ne rencontrons plus, pour résister au coefficient traumatique toujours élevé de notre intervention, que des organismes usés, des femmes épuisées ou exsangues et des viscères, comme le cœur, le foie ou les reins, sur le bon fonctionnement desquels nous ne pouvons plus compter. Il y aurait même là, soit dit en passant, matière à plus d'un travail intéressant. Et s'il était un jour possible de compléter les recherches déjà importantes entreprises dans cette direction, en soumettant nos opérées à la plus sévère enquête viscérale, pour comparer ensuite les résultats opératoires avec les enseignements fournis par l'examen préalable du cœur, du sang, des reins, du foie et de l'urine, j'imagine que cette étude serait singulièrement fructueuse, tant au point de vue de la précision du pronostic qu'à celui de la valeur des indications.

Quoi qu'il en soit, nous n'ignorons plus à quel point le retentissement viscéral des hémorrhagies profuses et prolongées peut être compromettant. Et c'est là qu'il faut chercher le pourquoi de la gravité particulière de nos opérations en cas de fibromes. Cette gravité particulière était évidente quand l'amputation sus-vaginale avec fixation externe du pédicule ralliait encore tous les suffrages. Je ne la crois pas davantage contestable en cas d'hystérectomie vaginale. Et je me refuse à croire que l'hystérectomie abdominale totale, malgré ses derniers perfectionnements, aura tout d'un coup le curieux privilège de réduire à néant toutes les causes d'insuccès dont je parle. Celles-ci sont, en effet, parfaitement indépendantes, aussi bien des perfectionnements de la technique que de la qualité de l'antisepsie.

Ces considérations préliminaires m'éviteront, en partie, j'espère, l'inévitable accusation d'être un interventionniste quand même. En outre, elles donnent, me semble-t-il, une portée plus grande à l'opinion des chirurgiens qui, persuadés comme moi, que l'ablation d'un utérus fibreux n'est jamais une vétille, n'en restent pas moins convaincus qu'il est très souvent moins dangereux de prendre le bistouri, que de

faire de la médecine, de l'électricité ou de la balnéothérapie et qu'il est, en un mot, nombre de fibromes qu'il faut opérer.

Ceci dit, je puis, sans crainte de malentendus, aborder la partie essentielle de ma communication, en m'efforçant de démontrer la réelle valeur de l'hystérectomie vaginale chez les femmes qu'il faut réellement opérer et seulement dans les cas où les fibromes sont assez développés pour s'élever jusqu'à l'ombilic. Je serais d'autant plus désireux d'y réussir qu'en faisant ici accepter mon opinion, j'aurais la satisfaction de compléter, en quelque sorte, le chapitre des indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes et de montrer qu'elles se résument en définitive dans cette formule fort simple : que *dans les cas où l'indication d'enlever un utérus fibreux se pose nettement, l'hystérectomie vaginale par morcellement doit être considérée comme l'opération de choix toutes les fois que la masse fibreuse ne dépasse pas le niveau de l'ombilic.*

Actuellement, en effet, la première partie de cette démonstration est faite. Tous les chirurgiens qui ont pris la peine d'apprendre la méthode de Péan, reconnaissent enfin, que pour les fibromes de petit ou moyen volume, il n'est pas de meilleure méthode d'ablation que l'hystérectomie vaginale. Sans doute, cette conquête du morcellement est très récente. Elle n'a même pas encore la consécration de tous nos livres classiques et Delbet, par exemple, dans son article du traité de chirurgie, se contente de donner le jugement que voici : « Les indications de cette opéra- « tion sont rares, dit-il, et l'on peut dire avec M. Pozzi : « cette méthode de traitement des fibromes me paraît « devoir être réservée aux cas où l'utérus relativement « peu volumineux, mais comprimant des organes impor- « tants, peut être extrait sans grand effort et sans long mor- « cellement. C'est à ce prix seulement que l'opération est « bénigne et peut être substituée à l'hystérectomie abdo- « minale. » Mais ce jugement sommaire n'est qu'un exemple des préventions bizarres que certains esprits cependant judi-

cieux au plus haut chef, conservent encore contre l'opération de Péan. Et la netteté des indications dont je parle n'est pas moins acquise. La dernière discussion soulevée devant la Société de chirurgie, par la communication de Richelot sur son procédé d'hystérectomie totale en témoigne. Quant à Pozzi, il y a beau temps qu'il est revenu sur ses impressions initiales. Déjà, quand il était cité par Delbet, la citation n'était plus du tout conforme à sa pensée, et dans sa dernière édition on pourra lire textuellement ceci : « Pendant longtemps, j'ai préféré à cette opération que « Péan appelle la castration utérine, la castration ovarienne « que je considérais comme moins grave. Aujourd'hui que je « connais mieux toutes les ressources et toute la bénignité « du morcellement vaginal, j'abandonne de plus en plus la « castration que je considère comme un pis-aller. Je lui « reproche d'être presque aussi grave et sûrement moins « efficace que l'hystérectomie, et surtout, de ne pas porter « remède aux phénomènes de compression dus à la présence « de fibromes, notamment à la compression du rectum et à « celle des uretères. Aussi ne suis-je pas loin de me rallier « à la formule de Segond, qui considère comme justiciables « de l'hystérectomie vaginale par un morcellement, tous les « utérus fibromateux qui ne dépassent pas l'ombilic. » Donc, je le repète, pour les fibromes de petit et de moyen volume, bon gré, mal gré, nos adversaires doivent le reconnaitre, la partie est gagnée.

Par contre, il est bien certain, que sauf exception, ceux-là mêmes qui pratiquent le plus volontiers l'hystérectomie vaginale pour fibrome, restreignent beaucoup trop ses indications. Pour eux, *le fort poing d'adulte* ou *la tête de fœtus*, sont en général les dimensions maxima, et comme l'écrivait Jules Bœckel en 1892, dans un article de la *Gazette médicale de Strasbourg*, « lorsque les fibromes sont plus volumineux, « cette voie (voie vaginale) doit être abandonnée. Il faut « alors recourir à la laparotomie qui, seule ou combinée à « l'autre méthode, permet de les enlever avec plus ou moins

« de facilité ». Or, je suis en mesure de l'affirmer maintenant, les limites des indications rationnelles du morcellement vaginal doivent être de beaucoup reculées. Et, en réalité, l'hystérectomie vaginale reste l'opération de choix, tant que le niveau supérieur ne dépasse pas le point de tangence avec un plan transversal passant par l'ombilic. Pour démontrer que telle est bien la vérité, je ne crois même pas qu'il soit nécessaire de multiplier beaucoup les arguments. D'autant que je puis simplifier beaucoup la question du parallèle à établir entre l'hystérectomie vaginale et les autres opérations susceptibles de la remplacer dans les conditions que j'ai spécifiées. En effet, étant données les tendances actuelles de la chirurgie des fibromes, il est clair que l'hystérectomie vaginale totale par voie abdominale ou abdomino-vaginale est, en somme, la seule] opération dont il me faille discuter ici la valeur comparative.

L'amputation supra-vaginale a fait son temps ou peu s'en faut. Quant à la castration ovarienne, malgré la confiance qu'elle paraît encore inspirer à quelques chirurgiens et que j'ai moi-même un instant partagée, j'imagine que ses indications deviendront de plus en plus exceptionnelles. Je ne suis pas seul à le penser et Pozzi, par exemple, que je citais il y a un instant, n'hésite plus à dire que la castration ovarienne est pour lui un pis-aller qu'il abandonne de plus en plus en faveur de l'hystérectomie vaginale par morcellement. Enfin, il va de soi, que je n'ai pas à discuter beaucoup les indications du simple morcellement des fibromes sans hystérectomie. Ses indications se rencontrent sans doute et je possède moi-même quelques observations de très gros fibromes solitaires que j'ai pu morceler avec succès, sans enlever l'utérus. Mais, alors même que ce morcellement est possible, et le fait est rare quand l'utérus remonte à l'ombilic, il est bien exceptionnel, en pareil cas, que l'on puisse, après morcellement, acquérir la certitude que la paroi utérine respectée ne présente aucune solution de continuité; laquelle certitude est pour-

tant la seule condition qui permette d'éviter l'hystérectomie. Tout en reconnaissant que le morcellement sans hystérectomie est parfois indiqué, je puis donc ne pas m'arrêter davantage à cette exception, et, tout compte fait, la seule opération dont il me faille ici tenir grand compte, est bien l'hystérectomie totale par voie abdominale ou abdomino-vaginale.

Ainsi réduite, la question devient fort simple. La comparaison doit, en effet, porter seulement sur trois points principaux : les difficultés de la technique, les qualités du pronostic d'avenir et celles du pronostic opératoire immédiat. Or, les deux premiers points sont faciles à trancher. Les difficultés de la technique ne comptent pas, quand on connaît bien le morcellement. J'ai trop souvent insisté sur ce point dans mes publications antérieures, pour y revenir, et je me contente d'affirmer que, toutes choses égales d'ailleurs, le morcellement vaginal n'est pas plus inaccessible à une main chirurgicale qu'une hystérectomie totale par voie abdominale. Bref, à ce premier point de vue, il y a parité entre les deux opérations. En revanche, quand on envisage le pronostic d'avenir, l'avantage me semble rester au morcellement vaginal. A la vérité, quand on enlève tout, peu importe que ce soit par le vagin ou par le ventre. Dans les deux cas, on réalise au maximum les conditions de guérison radicale. Il y a toutefois cette différence que la voie abdominale dote les opérées d'une cicatrice toujours étendue, tandis que le morcellement vaginal respecte absolument l'intégrité de leur paroi abdominale. Bien petit argument, nous disait-on, lors de nos premières polémiques. Mais ici, encore, on a fini par nous donner raison, notamment à l'étranger. Et nous n'avons plus besoin de nous évertuer à souligner cette vérité La Palicienne qu'une femme privée de son utérus et de ses annexes se trouve mieux avec une paroi abdominale intacte qu'avec une énorme cicatrice, fût-elle l'œuvre des sutures les plus étagées et les plus perfectionnées.

Reste donc le troisième point de comparaison, celui du pronostic opératoire immédiat, et c'est à coup sur le plus important, car, les deux premiers laissant l'avantage au morcellement vaginal, il suffit de démontrer que son pronostic opératoire immédiat est au moins aussi bon que celui de l'hystérectomie abdominale totale, pour que la cause soit aussitôt entendue et jugée dans le sens que je crois juste.

C'est précisément ce que les 66 observations jointes à ce travail démontreront, je pense, à tous ceux qui seront plus disposés à juger qu'à prendre parti.

Ces 66 observations prélevées sur ma statistique générale d'hystérectomie pour fibromes ne comprennent que les cas dans lesquels la masse à morceler, pesant de 1,200 grammes au moins à 4 kilog. au plus, remontait plus ou moins franchement au niveau de l'ombilic. Toutes les malades de cette série présentaient une ou plusieurs des indications formelles de l'intervention. Nombre d'entre elles étaient dans un état des plus graves résultant le plus souvent de l'abondance des hémorrhagies antérieures et dépendant dans les autres cas des phénomènes de compression ou de lésions suppuratives péri-utérines.

Ces 66 observations m'ont donné 59 guérisons et 7 morts.

Les 7 morts se répartissent de la façon suivante :

3 morts par péritonite, survenues dans les 3 premiers jours. — 2 morts par shock, survenues en quelques heures à la suite d'un morcellement de trois heures de durée chez deux femmes albuminuriques et réduites au dernier degré de l'anémie par leurs hémorrhagies antérieures. — Une mort par hémorrhagie survenue à l'ablation des pinces. Dans ce cas, les vaisseaux des ligaments larges offraient un volume insolite et l'hémorrhagie qui a tué la malade s'est faite par suintement. Le sang s'est accumulé derrière le tamponnement vaginal sans s'écouler au dehors, en quantité suffisante pour motiver une intervention. — Une mort par occlusion intestinale (volvulus au niveau de la cicatrice), survenue au quinzième jour, à la suite d'un morcellement des plus labo-

rieux dont les suites avaient été jusque-là aussi rassurantes que possibles.

Dans les 59 cas de succès, 49 fois la guérison a été obtenue sans incident, et 10 fois j'ai eu les complications suivantes : — 1 cas d'eschare sacrée répondant au type de décubitus aigu que j'ai signalé dans la thèse de Baudron. — 1 cas de phlébite fémorale gauche survenu au seizième jour. Je m'y attendais presque, car la malade avait subi quelques mois auparavant une laparotomie pour ablation des annexes. Le chirurgien n'avait pu trouver que les annexes gauches et cette première intervention avait été suivie, elle aussi, d'une phlébite. Celle que j'ai constatée n'était donc qu'un réveil de la précédente. — 1 cas de fistule vésico-vaginale qui a guéri spontanément. — 1 cas de shock vraiment inquiétant qui nous a tenu en éveil pendant plusieurs heures à la suite d'un morcellement laborieux chez une femme anémiée. — 3 cas d'hémorrhagie à l'ablation des pinces. — 1 cas d'hémorrhagie au treizième jour. — Enfin, deux cas de troubles cardiaques des plus inquiétants, revenant par crises plus ou moins répétées et, chaque fois, caractérisés par un affolement du cœur avec sueurs froides, état syncopal et douleurs précordiales. Les deux malades en question avaient été épuisées par plusieurs années de métrorrhagies profuses. — Ces dix opérées ont d'ailleurs parfaitement guéri.

Quant au résultat thérapeutique fourni par ces 59 opérations, il est aussi parfait que possible. C'est merveille, vraiment, de voir au bout de quelques mois l'état de santé des femmes ainsi traitées, quand on a bien le souvenir de la gravité des symptômes qui ont motivé l'intervention. Je me contente aujourd'hui de cette appréciation générale, me réservant de reprendre plus tard ces 59 observations pour les joindre à mes autres cas d'hystérectomie et grouper ainsi les documents nécessaires à l'étude sérieuse et complète du pronostic d'avenir de l'opération de Péan. Je signalerai cependant dès aujourd'hui cette particularité, que les troubles congestifs vicariants, tels que les bouffées de chaleur, m'ont

paru plus fréquents chez les femmes atteintes de fibromes que chez les malades opérées pour toute autre cause. Cela tient peut-être à ce que dans ces cas, l'intervention tarit, d'un coup, non pas seulement le sang des règles, mais aussi celui que les patientes avaient en quelque sorte l'accoutumance de perdre en plus ou moins grande abondance du fait de leurs hémorrhagies pathologiques. Quoi qu'il en soit de l'interprétation, le fait n'existe pas moins, et c'est surtout chez les opérées de cette catégorie qu'il m'a fallu recourir plus ou moins souvent à la saignée pour rétablir l'équilibre. Je dois dire du reste, que ce moyen vraiment héroïque donne très vite la disparition des accidents.

Tels sont les faits que j'apporte à l'appui de ma thèse. Par le temps qui court, il est pour le moins osé de s'appuyer sur une statistique comprenant autre chose que des succès impeccables ; je conserve toutefois l'espoir que les 7 décès qui noircissent ma série sont plutôt faits pour la servir que pour la déprécier. En se reportant à mes observations on pourra se convaincre, en effet, que les 7 opérées mortes étaient à ce point malades qu'elles étaient condamnées à brève échéance. L'opération n'a donc fait que hâter un résultat inévitable. Quant aux autres, plusieurs d'entre elles auraient, elles aussi, succombé, sans intervention, et dans ces conditions, j'ose prétendre que mes résultats sont, en définitive, parmi les meilleurs qu'on puisse obtenir en pareil cas.

Bref, je considère que ma statistique est suffisante pour démontrer que le morcellement vaginal, dans les conditions que j'ai précisées, se présente avec les caractères d'une opération sûre et rationnelle. J'ajoute enfin que la qualité de mes résultats peut avec avantage supporter la comparaison avec ceux que donne l'hystérectomie totale par voie abdominale ou abdomino-vaginale, dans les cas exactement similaires, car, s'il est vrai que cette opération paraît posséder depuis quelque temps le secret des statistiques blanches, on me permettra bien d'observer

que ces séries heureuses sont encore bien courtes pour être très probantes. Et comme il est maintenant reconnu que le coefficient traumatique des interventions vaginales bien conduites est moins élevé que celui des larges interventions abdominales, je ne crois pas trop m'avancer en affirmant que les séries d'hystérectomie abdominale totale devenant plus touffues, elles auront, elles aussi, leurs points noirs, si bien qu'en dernière analyse, m'en référant au jugement clinique sans m'inquiéter autrement des résultats que pourraient aujourd'hui donner le pourcentage et l'intervention de l'arithmétique dans le débat, j'en arrive à cette conclusion que dans le cas particulier, l'hystérectomie vaginale n'est certainement pas plus grave que l'hystérectomie abdominale. Je reste même convaincu qu'elle est plus bénigne. Et c'est pour cette raison qu'en pratique, lorsque je me trouve en présence d'un fibrome qui va atteindre l'ombilic, je soutiendrais volontiers qu'il convient de se départir de la réserve que je recommande avec tant d'insistance pour tous les autres cas, et qu'il faut devenir interventionniste ; dans ce but, pour moi capital, de donner aux malades les avantages des guérisons par voie naturelle, leur évitant ainsi les ennuis ou les plus grands dangers des larges interventions abdominales dont elles deviendraient seulement justiciables, si la temporisation permettait aux fibromes de dépasser le niveau de l'ombilic.

La démonstration que j'ai tentée me paraît ainsi faite. Je crois avoir, en effet, établi que l'hystérectomie vaginale pratiquée dans les conditions précitées, présente les avantages suivants : Sa technique est accessible à tout vrai chirurgien. Elle possède une efficacité supérieure au point de vue du pronostic d'avenir. Elle présente ce précieux avantage de débarrasser les femmes de tumeurs très volumineuses sans qu'il leur en coûte l'ombre d'une cicatrice apparente. Elle nous donne enfin, autant et plus que toute autre intervention, des garanties aussi parfaites que possible au point de vue du pronostic immédiat. La conclusion me paraît donc

s'imposer et j'espère qu'on trouvera dans ce travail les documents voulus pour admettre avec moi cette règle générale : *Que toute tumeur fibreuse ne dépassant pas le niveau de l'ombilic doit être, sauf exception, enlevée par voie vaginale.* Toutefois, je suis trop l'ennemi de l'absolu en matière de chirurgie pour ne pas reconnaître qu'il est à la règle que je pose des exceptions possibles, et c'est par leur analyse que je vais terminer.

Sans revenir autrement sur le manuel opératoire du morcellement en cas de gros fibromes, manuel que je suppose connu, je ferai cependant observer que malgré le perfectionnement des manœuvres particulières dont l'association constitue la méthode, il est certains cas dans lesquels le temps nécessaire pour terminer l'intervention devient un véritable péril. Certes, l'opération est toujours longue. Et personne n'oserait ici songer à faire des hystérectomies de cinq minutes, voire même de trois minutes et demie.

Quant à moi, et je crois opérer assez vite, sur mes 59 cas de guérison, je relève 43 opérations de une heure, 6 de une heure et demie, 4 de deux heures, 4 de deux heures et demie et 2 de trois heures. Or, s'il est, j'en suis convaincu, tout à fait inoffensif de faire, par le vagin, des morcellements de une heure ou deux, j'imagine qu'à trop dépasser ce délai, on s'expose à de sérieux mécomptes. Si j'ai guéri deux malades par des morcellements de trois heures, j'en ai perdu trois dans les mêmes conditions : l'une est morte de péritonite, mais les deux autres ont été tués par le shock. Je tiens donc à spécifier que pour ne point compromettre la valeur de ma formule sur les indications de l'hystérectomie vaginale, il faut ajouter qu'elle cesse d'être applicable quand on se trouve en présence de fibrome qu'il est impossible de morceler sans un labeur trop prolongé.

Mais dira-t-on, comment reconnaître d'avance les causes de cette impossibilité ? Celles-ci sont en effet très variées. Elles ne tiennent pas seulement aux dimensions intrinsèques du fibrome. Elles proviennent souvent de la multiplicité des

tumeurs. Et s'il est, par exemple, fort aisé de morceller en peu de temps un utérus contenant un fibrome énorme, mais unique, il peut être impossible de fragmenter sans un labeur de durée excessive, un utérus moins gros, mais bourré de fibromes petits et multiples. Ailleurs, les difficultés tiendront à l'étroitesse du vagin, ou bien encore à l'élongation du col avec élévation considérable du corps utérin. Et, chacun le conçoit, toutes ces conditions particulières sont, pour la plupart, à peu près impossibles à prévoir par le simple examen clinique. C'est le bistouri à la main, l'opération une fois commencée, qu'il est seulement possible de les reconnaître, et par conséquent, dira-t-on encore, la règle posée se heurte donc là à un écueil des plus périlleux pour elle.

Tout cela est fort juste. Mais il m'est facile de répondre d'avance à ces objections. En effet, pour qu'elles aient toute leur portée, il faudrait que dans les conditions exceptionnelles dont il est question, le fait d'avoir commencé par le vagin un morcellement qu'on reconnaît devoir être de trop longue durée nous laisse en quelque sorte désarmés. Or, c'est précisément ce qui n'est pas. Reconnaître dès le début d'un morcellement que celui-ci sera trop long pour être rationnel, est affaire d'expérience personnelle. Et pour peu qu'on ait quelque habitude de la méthode de Péan, on ne s'y trompe pas. Ceci admis, supposons qu'on se trouve en présence d'un cas de ce genre, n'est-il pas fort simple, les premiers temps de l'hystérectomie vaginale une fois exécutés, de changer aussitôt de tactique pour terminer l'opération par une laparotomie.

On pourrait aussi, en pareil cas, persévérer dans son projet primitif, et tâcher d'abréger le morcellement en se donnant du jour par un large débridement vaginal. Mais, à mes yeux, cet artifice, pour utile qu'il puisse être, ne doit pas être employé. Il enlève à l'opération ce qui en est, pour ainsi dire, la coquetterie, et la mesquine aisance qu'il donne à nos manœuvres ne vaut certes pas qu'on se décide à l'employer. Au contraire, la laparotomie permet

toujours d'achever rapidement les ablations les plus laborieuses, et, par conséquent, c'est à la combinaison dont j'ai parlé plus haut qu'il faut donner la préférence. D'autant mieux que la valeur de l'hystérectomie totale, pratiquée suivant ce manuel, ne me semble pas discutable. Et quand on s'entoure des précautions voulues, ce procédé particulier me paraît aussi bon que les meilleurs.

Je me suis récemment expliqué sur ce point à la Société de chirurgie à propos de la discussion soulevée par la communication de Richelot, en disant qu'à mes yeux, les méthodes qui permettent une délimitation tranchée entre l'acte abdominal et l'acte vaginal sont les plus satisfaisantes. J'ai ajouté que, le procédé auquel je réserve mes préférences est celui que j'ai adopté par nécessité, en 1888, dans un cas d'hystérectomie très difficile : débuter par les premiers temps de l'hystérectomie vaginale, inciser les culs-de-sac, pincer les utérines, libérer le col, préparer, en un mot, la fin de l'ablation, changer ensuite de position, vérifier sa parfaite asepsie et terminer par la laparotomie. C'est précisément à cette excellente opération que je conseille de recourir lorsqu'un morcellement, commencé par le vagin, menace d'avoir une durée dangereuse. Et partant, j'ai bien le droit de dire, que l'objection dont j'ai parlé peut être facilement réfutée. Toute la question consiste à posséder une expérience personnelle suffisante pour savoir s'arrêter à temps, au début d'un morcellement vaginal. Lorsqu'on remplit cette condition, ce qui est d'ailleurs fort simple, on peut tenir pour certain que ma formule générale sur les indications de l'hystérectomie vaginale, dans les cas de fibromes ne dépassant par le niveau de l'ombilic, conserve sa portée, et que son adoption reste incapable d'exposer au moindre mécompte.

LES FIBROMES UTÉRINS

Par le Dr **Péan.**

Longtemps regardé comme tellement au-dessus des ressources de la chirurgie que des praticiens, célèbres par leur hardiesse et leur habileté technique, refermaient l'abdomen lorsqu'ils se trouvaient en présence de myômes qui n'avaient point été reconnus, le traitement par l'intervention sanglante est aujourd'hui si bien accepté par la majorité des médecins, que des centaines de ces tumeurs sont extirpées chaque année dans la pratique ordinaire ou dans les services hospitaliers.

Que nous sommes loin aujourd'hui de l'époque où de pareilles tentatives ne soulevaient guère que de la réprobation et encouraient la condamnation de l'Académie de médecine ! Un si heureux changement est dû certainement aux progrès indéniables et nombreux qu'a subis l'hystérectomie pour corps fibreux depuis l'époque déjà bien reculée où je risquais, en 1867, ma première tentative de ce genre.

Encouragé par la guérison de ma malade, je me hasardai à en faire d'autres, dont les observations ainsi que les remarques cliniques et opératoires qu'elles ont inspirées, sont consignées dans un traité que j'ai fait en collaboration avec un de mes anciens internes le Docteur Ardy. Les nombreux succès que j'obtins en employant les procédés opératoires que l'on trouve décrits dans cet ouvrage, ont poussé d'autres chirurgiens à entrer résolument dans la voie nouvellement ouverte, et peu à peu ces sortes d'opérations s'étant beaucoup multipliées, celles-ci ont bientôt conquis la faveur à laquelle elles avaient droit. Je désirerais que celle-ci fût plus grande encore et que désormais les jeunes chirurgiens se crussent autorisés à intervenir contre tous ces petits fibromes que l'on laisse bénévolement grandir, au grand dommage de la malade, qui se trouve ainsi exposée à

une série d'accidents les plus sérieux, sur lesquels j'ai attiré longtemps l'attention et qui sont si connus qu'il est inutile d'en parler ici ; et au grand dommage aussi, du chirurgien qui se trouve ainsi en présence d'une opération singulièrement plus grave et plus difficile, quand le myôme est plus volumineux que quand la tumeur ne présente encore qu'un petit volume.

En attendant que mon souhait se réalise, je suis bien forcé d'avouer que les faits actuels ne le démentent encore que trop souvent et qu'il est bon pour le praticien d'être préparé à toutes les alternatives, même les plus faciles. C'est parce que je me suis vu en face de toutes ces difficultés que je crois devoir exposer ici les différentes fluctuations qu'ont subies mes idées quant au choix qu'il faut faire des différentes méthodes qu'il était préférable d'employer dans l'exécution d'une opération que j'ai exécutée un si grand nombre de fois. Mes remarques sont basées sur une expérience que je peux qualifier de très étendue, et c'est parce que j'ai traité un grand nombre de cas différents que j'ai vu l'inanité de l'opinion de ceux qui pensent qu'un unique procédé peut suffire à toutes.

L'expérience m'a démontré, au contraire, qu'il fallait plier l'intervention chirurgicale aux circonstances essentiellement différentes que peut rencontrer la pratique.

C'est ainsi que j'ai dû renoncer bientôt à la méthode abdominale qui m'avait donné de si nombreux et si heureux résultats pour tous les fibromes qui ne dépassent pas la tête d'un fœtus à terme parce que l'expérience m'avait appris que l'extirpation par le vagin est bien préférable. La méthode vaginale n'avait été exécutée d'abord que pour des cas de cancer de l'utérus. Le premier, je l'ai pratiquée pour les fibromes en 1882 ; elle a donné, dès 1882, entre mes mains des succès assez décisifs pour lui rallier un grand nombre de chirurgiens assez exercés, qui, comme moi, préféraient l'expérience aux raisonnements en apparence les mieux fondés.

En 1883, je communiquais les observations que j'avais

faites sur les valeurs du nouveau procédé à l'Académie de médecine, et ce procédé a gagné tellement de terrain qu'on ose aujourd'hui s'attaquer, grâce au morcellement dont j'ai démontré depuis si longtemps les grands avantages pour les tumeurs de toutes sortes, à des myômes de très gros volume.

Je dus bientôt reconnaître que la méthode vaginale, pas plus que l'abdominale, ne répondaient à toutes les indications et que, pour se tirer d'affaire, au mieux des intérêts de la malade, il était préférable de les combiner toutes les deux, et c'est pourquoi j'ai appelé cette combinaison : *méthode mixte*. On trouvera dans la thèse d'un de mes anciens internes, le Dr Secheyron, les indications principales de cette opération nouvelle, ainsi que la description de ses temps principaux. Je parvenais à supprimer ainsi le pédicule, qui, soit qu'on admette le traitement externe, comme je l'ai pratiqué si longtemps, ou le traitement intra-péritonéal, comme l'a conseillé Schröder, n'en expose pas moins à des inconvénients et même des dangers bien connus de ceux qui pratiquent fréquemment l'hystérectomie. La voie vaginale largement ouverte permettait également un drainage, dont les avantages sont évidents. Cette méthode, que je crois supérieure à toutes les autres dans certains cas déterminés, a soulevé cependant récemment les objections des partisans exclusifs du procédé abdominal ou du procédé vaginal.

Ce sont surtout les partisans de la méthode abdominale qui ont le plus essayé de discréditer la méthode mixte. Certes je ne me dissimule point l'utilité qu'il y a à faire l'opération en un seul temps, mais la question est de savoir si cela est véritablement praticable dans tous les cas, comme l'ont soutenu quelques chirurgiens dont l'habileté technique est justement estimée. Ils soutiennent que c'est perdre du temps que d'extirper le pédicule par le vagin et qu'en adoptant cette voie éminemment septique on s'expose à de sérieux dangers d'infection. Mais est-on aussi sûr que cela d'éviter les hémorrhagies consécutives en allant de haut en bas ? Je

me souviens de certains faits de fusion intime avec la vessie et le rectum, qui me laissent indécis sur la valeur de leurs affirmations concernant la possibilité d'isoler exactement le col des parties ambiantes. Et d'ailleurs, n'est-il pas plus sûr de pincer de bas en haut l'artère utérine, très rapprochée en somme des culs-de-sac du vagin ? Ceci est tellement vrai que plusieurs de ceux qui n'admettent que l'hystérectomie abdominale totale placent des pinces dans le vagin pour lier ou pour se dispenser de lier cette artère. On ne saurait trop louer ceux qui veulent perfectionner les procédés de leurs devanciers, mais il ne faudrait pas qu'une modification aux méthodes reçues jusqu'ici illusionnât non seulement sur l'originalité, mais encore sur l'importance accordée à celle-ci. C'est ainsi que les changements apportés aux pinces hémostatiques n'ont qu'une importance secondaire : l'essentiel est qu'elles pincent bien et qu'elles ne lâchent pas les tissus qu'elles doivent comprimer. Pour ma part, je les crois supérieures à ces ligatures que j'ai toujours abandonnées le plus possible et dont quelques-uns de mes élèves continuent à vanter l'efficacité. On commence du reste à les délaisser en Allemagne et ailleurs parce qu'elles n'assurent pas, selon moi, d'une façon aussi certaine l'hémostase et qu'elles demandent plus de temps que n'en exige l'application des pinces. Or, dans l'hystérectomie, la perte de temps constitue un désavantage très-sérieux.

Mais les pinces devront être mises en étage, ce moyen étant le seul qui permette de serrer également toutes les parties qui constituent le ligament large, et c'est pourquoi je rejette résolument la méthode qui consiste à pincer toute l'étendue de ce dernier, la compression étant forcément imparfaite en certains points, quelle que soit la perfection de l'instrument que l'on emploie. Nul plus que moi d'ailleurs n'est disposé à applaudir aux brillants succès obtenus par nos jeunes confrères, à louer les efforts qu'ils ont déployés pour améliorer les résultats obtenus par leurs prédécesseurs ; il est permis d'espérer que l'héritage qui leur a été légué ne

fera que fructifier entre leurs mains, et que, grâce à eux, les préjugés tenaces que nourrissent encore bien des gens du monde et aussi, il faut le reconnaître, des médecins dont le désintéressement en la question n'est peut-être pas absolu, disparaîtront peu à peu, ce qui permettra de sauver l'existence de bien des malheureuses malades, dont la vie est sans cesse menacée et empoisonnée de maux de toutes sortes.

Qu'il me soit permis de donner, en terminant, la statistique des cas d'hystérectomies diverses pour myômes que j'ai exécutées de janvier 1890 à janvier 1895.

Fibromes enlevés par la voie vaginale :

ANNÉES	OPÉRATIONS	GUÉRISONS	DÉCÈS
1890 / 1891	102	100	2
1892	56	55	1
1893	35	35	0
1894	55	54	1
Total	248	244	4

Fibromes enlevés par la voie abdominale ou par la voie abdominale et la voie vaginale combinées :

ANNÉES	OPÉRATIONS	GUÉRISONS	DÉCÈS
1890 / 1891	47	44	3
1892	24	24	0
1893	23	22	1
1894	26	23	3
Total	120	113	7

Il résulte des considérations que nous venons d'exposer les conclusions suivantes :

1° L'hystérectomie par la voie abdominale, que nous avons pratiquée le premier en France, dès 1869, n'est applicable qu'aux fibromes de moyen et de grand volume.

2° L'hystérectomie par la voie vaginale que nous avons ap-

pliquée le premier en France, en 1882, aux fibromes, doit être réservée aux myômes, dont le volume ne dépasse pas celui d'une tête d'un fœtus à terme, et à bon nombre de ceux qui ne s'élèvent pas sensiblement au-dessus de l'ombilic.

3° La méthode mixte que nous avons mise en œuvre, le premier en France dès 1886, permet d'enlever l'utérus en totalité, beaucoup plus facilement que par la voie abdominale seule, en se conformant aux règles que nous avons autrefois posées et constitue une ressource nouvelle et précieuse.

4° Les résultats de la voie vaginale sont aussi satisfaisants que possible puis qu'ils donnent au plus 1 à 3 p. 100 de mortalité.

5° La méthode abdominale et la méthode mixte donnent à peu près les mêmes résultats, lorsqu'elles sont appliquées à l'ablation de grandes tumeurs, puisqu'elles accusent une mortalité qui, d'après notre pratique, peut ête évaluée à 6 p. 100. Il est indéniable que cette mortalité dépend moins du talent plus ou moins grand de l'opérateur que des conditions très fâcheuses dans lesquelles est faite l'opération.

6° C'ést parce que beaucoup de malades succombent avant que leurs tumeurs aient atteint un gros volume que nous donnons le conseil d'intervenir de bonne heure.

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Par **L.-G. Richelot.**

Depuis peu, les chirurgiens deviennent partisans de l'*hystérectomie abdominale totale* pour fibromes utérins. Jusqu'ici, le progrès des opérations à pédicule n'était pas niable, et surtout le pédicule interne rétro-péritonéal donnait de beaux résultats. Mais, si la mortalité était faible, certains inconvénients persistaient, foyers purulents ou sanguins autour du moignon, empâtements dans le petit bassin, douleurs prolongées, etc. Bref, on reconnaît de plus en plus qu'il vaut mieux ne rien laisser dans le ventre.

Presque tous les procédés d'hystérectomie totale, outre qu'ils sont d'une exécution pénible et assez longue, laissent des fils de soie, corps étrangers d'ordinaire inoffensifs, mais qui sont, de temps en temps, la source de gros ennuis; témoins ces petits abcès de la suture qu'on croit d'abord superficiels, auxquels on attache peu d'importance, mais qui se révèlent bientôt comme venant de la profondeur et restent indéfiniment fistuleux. Rapidité d'exécution, suppression absolue de tout corps étranger, tel est le double but qu'on s'est proposé d'atteindre en imaginant d'appliquer les pinces à demeure à l'hystérectomie abdominale.

Tandis que Jacobs l'essayait à Bruxelles, et inventait un modèle de pince qui saisit d'abord le ligament large par en haut, et dont les branches se démontent, laissent les mors en place et viennent les reprendre ensuite par le vagin, de mon côté j'appliquais des longuettes provisoires sur les ligaments par la voie sus-pubienne, et je leur substituais, après l'ablation de l'utérus, des pinces vaginales définitives. Je ne fis pas autrement pendant toute l'année 1894. Puis, en janvier 1895, pour aller plus simplement et plus vite, je repris la grande pince courbe sur le champ qui nous servait autrefois dans l'hystérectomie vaginale, et je l'introduisis d'emblée par le vagin à la faveur d'une manœuvre qui ne se retrouve chez aucun auteur. Dès ce moment fut fixé dans tous ses termes le procédé nouveau dont je donnai la description à la Société de chirurgie, le 24 avril 1895.

Il faudra que je me décide un jour à le décrire moins sommairement, avec des figures. Permettez-moi de vous en parler encore aujourd'hui, comme à des chirurgiens qui connaissent l'hystérectomie abdominale, et seulement pour mettre en lumière les points qui lui sont propres et le distinguent de tous les autres.

Je ne dis plus qu'il faille se placer entre les jambes de la femme. J'ai trouvé le moyen de me servir du plan incliné, construit de façon à manier facilement les pinces. Je me place d'abord au côté gauche, pour ouvrir le cul-de-sac

antérieur en m'aidant de mon index gauche introduit dans le vagin; puis au côté droit, pour continuer l'opération et appliquer les pinces vaginales de la main droite.

Quand la masse utérine est sortie de la plaie abdominale, il faut du premier coup d'œil juger la situation, voir si les fibromes sont nombreux, comment ils sont placés, sous-péritonéaux, interstitiels, contenus dans le corps utérin sans empiéter sur le col, ou contenus dans le segment inférieur et enclavés dans le petit bassin. Ce serait folie de vouloir s'escrimer à placer immédiatement des pinces sur des ligaments larges, déformés, dédoublés, disparus sous les masses fibreuses. Tous les procédés, d'ailleurs, doivent tenir compte de ces premières difficultés, et modifier avec intelligence le début de leurs manœuvres. On m'a dit que le mien ne serait pas applicable à tous les cas, et, qu'en présence de certaines dispositions, il faudrait varier ma conduite. Cela va sans dire, et un chirurgien qui connaît son métier n'a pas l'idée saugrenue de traiter de la même façon tous les fibromes abdominaux. Il y a de grosses difficultés qui déjouent tous les systèmes. Seulement, si à la moindre gêne on s'écrie: « Vous voyez bien! je n'aurais pas pu! » on prouve tout simplement par là qu'on ne sait pas encore la manière de s'y prendre. Et tous les auteurs qui ont un procédé vous diront la même chose. Il faut croire que chacun de ces procédés peut s'employer, avec de l'expérience, dans des cas bien divers, puisque chaque auteur utilise presque toujours le même. Demandez à Martin, à Doyen, à Delagénière.

Le moyen que je conseille pour ramener au type normal les cas atypiques et pouvoir faire ensuite ce qu'on veut, c'est d'enlever tout fibrome qui gêne. Les pédiculés réclament un coup de ciseaux, les interstitiels du corps sont énucléés plus ou moins rapidement suivant leur volume, avec quelques pinces sur les parois de la loge, au besoin sur une corne; enfin les gros fibromes inclus dans le segment inférieur sont attaqués hardiment par une incision médiane de l'utérus, énucléés ou morcelés patiemment. L'utérus est vidé, devient

flasque et mobile au-dessus du petit bassin; les ligaments larges reparaissent et s'étalent sous vos yeux, leur bord supérieur s'abaisse à volonté. Alors commence l'hystérectomie proprement dite, et vous avez toutes vos aises pour employer le procédé qui vous plaît. N'oubliez donc pas que le premier des temps essentiels de mon procédé, quand la situation l'exige, c'est l'*énucléation préliminaire* des fibromes.

Ensuite vient la taille du lambeau péritonéal antérieur, pour séparer la vessie et la rejeter derrière le pubis.

Ensuite l'ouverture du cul-de-sac antérieur. Je rase l'utérus avec les ciseaux, pendant que mon index gauche, poussé vers le cul-de-sac, me montre la direction à suivre. Quand la perforation est faite, mon doigt quitte la cavité vaginale et n'y revient plus; celle-ci, bien entendu, est lavée et aseptique; il n'y a donc, dans cette manœuvre, aucun danger d'infection. Et cependant, que n'a-t-on pas dit sur ces « allées et venues du vagin au péritoine et du péritoine au vagin? » Il y a des objections qui se reproduisent avec une persistance aveugle, sans vouloir rien entendre, et qui deviennent un peu agaçantes; celle-là est du nombre. Il y a beau temps que nous trouvons le vagin facile à nettoyer pour faire une hystérectomie vaginale, et que nous y mettons les instruments, les éponges et les doigts, en même temps que dans le péritoine, pendant une heure de suite et même davantage. Dites abdominale et tout à coup le vagin devient un cloaque où l'antisepsie est inconnue, et rien n'est dangereux comme d'y introduire les pinces.

Le cul-de-sac perforé, j'agrandis l'ouverture en rasant le col, sans donner un coup de ciseaux trop large vers les branches de l'utérine.

J'ouvre le *cul-de-sac antérieur seul*. Je n'ai donc pas à rabattre en avant la tumeur, à disséquer en arrière, à faire saigner déjà la tranche vaginale postérieure; j'y trouve une économie de temps et d'efforts, l'opération est plus expéditive. Encore un point sur lequel je suis obligé d'insister,

car on n'a pas été long à trouver des auteurs qui faisaient comme moi et avaient sur moi la priorité. Or, ces auteurs ouvrent les deux culs-de-sac du vagin pour y passer chacun des mors ; ils pincent l'insertion vaginale sur le côté du col, puis ils traitent par la ligature la partie supérieure du ligament, et ils ont bien raison, car ils ne peuvent, avec une pareille épaisseur de tissus à la base, embrasser toute la hauteur avec le même instrument. Je ne fais rien de semblable ; mon procédé ne consiste pas « à pratiquer des boutonnières vaginales en avant et en arrière ducol, et à introduire de bas en haut une longue pince à forcipressure ». Il est moins simple à décrire et plus facile à exécuter.

Après l'ouverture du cul-de-sac, le moyen de passer en arrière un des mors, c'est de pratiquer, avec la pointe des ciseaux mousses, *un étroit orifice* à la *base* du *ligament large au ras* du col, *immédiatement* au-*dessus* de l'*insertion vaginale*. En embrassant de la main gauche le ligament, il est facile de trouver le point et de guider les ciseaux ; les termes par lesquels je désigne ce point n'ont rien d'ambigu, mais beaucoup trop de chirurgiens n'en ont pas encore une idée précise, tant il est vrai qu'en pareille matière, pour bien comprendre, il faut voir.

Cet orifice est immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale, et non, comme on a tendance à le faire, dans cette insertion. L'épaisseur des tissus rendrait la perforation plus difficile, et surtout empêcherait la pince de serrer également dans toute sa hauteur et de bien saisir le bord supérieur du ligament large.

Cet orifice est au point précis où nous mettons la première pince dans l'hystérectomie vaginale, celle qui doit saisir le tronc ou les grosses branches de l'utérine. Il est bien au-dessus de l'uretère qui passe obliquement sous le pied du ligament large pour gagner la vessie rejetée vers le pubis. Donc la pince, en traversant l'orifice, prendra l'utérine et évitera l'uretère. La pince, courbe sur le champ, a des mors de 9 à 10 centimètres ; elle a beaucoup de *bande*, pour serrer

à son extrémité aussi bien qu'à sa base, et ne pas lâcher le bord supérieur. Introduite par le vagin, son mors postérieur est présenté à l'orifice, et rien n'est plus facile que de la faire glisser de bas en haut. Le ligament n'a *jamais* trop de hauteur, si le segment inférieur est libre ou si l'énucléation préliminaire a été faite.

On ne peut se faire une idée de l'aisance avec laquelle se pratiquent l'orifice et le passage de la pince, précédés de la seule ouverture du cul-de-sac antérieur. Si l'opération est difficile, c'est au début, pendant les temps accessoires, quand il faut lutter avec la masse et se débrouiller avec les fibromes. Dans mes cas les plus ardus, c'est toujours le pincement des ligaments larges qui m'a donné le moins de peine. Or, ce petit orifice et la manière de placer la pince longue, voilà ce qui, avant tout, caractérise mon procédé et le distingue de tous les autres ; voilà ce qui donne à l'hystérectomie une autre allure, une durée moins longue ; voilà ce qu'il faut bien saisir, quitte à discuter ensuite les avantages que j'y trouve.

Quand les deux ligaments sont pincés, il reste à détacher rapidement l'utérus et à couper en dernier lieu l'insertion postérieure du vagin. Celle-ci donne toujours du sang, quelquefois en assez grande abondance et je tiens absolument à y faire une hémostase complète. Deux ou trois « longuettes de seize », introduites par le vagin, suffisent en général, et je les préfère au tamponnement intra-abdominal. Il m'est arrivé d'avoir quelque peine à les placer ; mais l'usage du plan incliné et la position du chirurgien à droite de la malade, facilitent beaucoup cette dernière manœuvre. On peut aussi fermer ce bord saignant par un surjet de catgut, destiné à la résorption ; ce serait montrer beaucoup d'intransigeance que de voir là une altération du procédé des pinces à demeure, sans ligatures.

Pour le pansement, je n'introduis plus rien par l'abdomen. Je trouve plus commode de placer dans le vagin un écarteur antérieur, et de glisser entre lui et les pinces un tam-

pon d'ouate iodoformée qui affleure la plaie vaginale et la bouche exactement, puis un second et un troisième au-dessous du premier. Après la suture de la plaie abdominale, tout est fini, et le *résultat immédiat est exactement celui d'une hystérectomie vaginale.* Je ne vois pas pourquoi, toutes réserves faites quant aux premiers temps et aux dispositions anormales des fibromes, nous n'aurions pas ici la même sécurité.

Tel est le procédé que, dans ma première communication, j'ai appelé « définitive », ce qui voulait simplement dire que je le préfère à tout autre, et que je ne fais plus de nouvelles recherches, mais non que je refuserai d'adopter ceux qui se présenteront à l'avenir et me sembleront meilleurs. On m'a reproché le mot, surtout parce qu'on a pensé que je voulais dire « exclusif » ; je me suis tout à l'heure expliqué à cet égard.

Pour juger de sa valeur, j'ai déjà demandé la permission de surseoir à l'analyse des faits encore très nombreux que je possède ; les séries courtes ne signifient rien. Permettez-moi seulement de vous dire que plusieurs collègues m'ont vu opérer dans les conditions les plus graves, et que la plupart d'entre eux me semblent près de se laisser convaincre. Quelques-uns m'ont imité avec succès ; je vous citerai MM. Forgue (de Montpellier), Ziembicki (de Lemberg), Gross (de Nancy), Nitot (de Paris).

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE PAR LIGATURES

Par le Dr **Le Bec**,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

Il est incontestable que partout les gynécologues se préoccupent vivement de trouver une modification radicale au traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes. On est unanime à assurer que les anciens

procédés, extra et intra-péritonéal, sont loin d'être l'idéal.

Si l'on veut fixer le pédicule au dehors, on peut avoir à lutter contre un pédicule très court, qui tiraille et s'enfonce. Dans ce procédé la guérison est toujours longue, malgré les abrasions des fragments de pédicule ; la suppuration expose à la septicémie, et plus tard la malade peut avoir une éventration.

Rentre-t-on le pédicule, ce sont d'autres dangers plus graves, l'hémorrhagie par glissement des ligatures mal serrées, et la péritonite septique, ou même l'élimination du pédicule par suppuration à travers le vagin.

Ces périls sont parfaitement reconnus et l'on s'efforce de les conjurer en enlevant tout à fait le pédicule, c'est-à-dire en faisant l'hystérectomie totale.

Reste à trouver un procédé sûr pouvant être appliqué à toutes les formes de fibromes, quels que soient leur volume et leur enclavement.

Au Congrès de chirurgie de 1893 (page 162), nous avons déjà présenté un travail sur l'hystérectomie totale, décrivant un procédé que nous avions appliqué sept fois de 1871 à 1893. Dans ce travail nous parlions de la manière d'utiliser la disposition des vaisseaux dans le ligament large, pour lier les vaisseaux utéro-ovariens isolément. Ensuite, les culs-de-sac étant ouverts, nous placions des pinces longues et fortes sur les parties latérales du col et le moignon central était alors extirpé par le vagin.

Depuis nous avons modifié cette méthode, reconnaissant qu'elle a des inconvénients. D'abord le vagin reste forcément ouvert ; or, quand le péritoine est sain, nous pensons qu'il est préférable de le fermer, ce qui met plus sûrement à l'abri de toute infection et abrège le temps de la guérison. De plus, le pincement des ligaments larges n'est ni facile, ni sûr dans tous les cas, tandis que la ligature pourrait toujours être bien placée.

C'est là l'objection grave que nous faisons au procédé que M. Richelot a présenté à l'Académie de médecine. Si le

fibrome a entraîné les ligaments larges très haut, leur sommet qui contient les vaisseaux utéro-ovariens, glisse hors des pinces, et le sang coule. Si le fibrome a disséqué le ligament large, c'est une autre difficulté, due au déplacement des vaisseaux. Il nous est arrivé d'opérer avec succès un fibrome enclavé dans le ligament large droit (obs. XVIII), les vaisseaux étaient divisés en deux groupes séparés de 5 à 6 centim. de distance. Il était matériellement impossible de les saisir avec une pince longue mise par le vagin, tandis que la ligature isolée des deux groupes fut très facile.

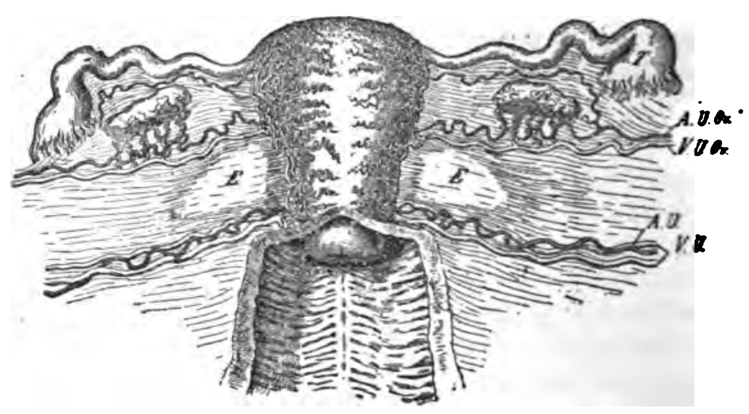


FIG. 1. — Vaisseaux de l'utérus et des annexes, figure demi-schématique. *AU*, artère utérine. — *VU*, veine utérine. — *AU Ov.*, artère utéro-ovarienne. — *VU Ov.*, veines utéro-ovariennes. — *Ov.*, ovaire. — *T*, trompe. — *E*, espace celluleux, triangulaire quelquefois, très haut, dans lequel on passe les premières ligatures.

Enfin s'il y a suppuration des trompes, on est exposé à les crever avec les pinces mises comme le fait M. Richelot. Au contraire, la ligature permet d'enlever ces trompes sans craindre leur rupture.

Voici quel est le procédé qui nous semble applicable à toutes les formes de fibromes.

Le procédé que nous décrivons est basé sur l'état anatomique des ligaments larges et sur la manière dont les vaisseaux artériels et veineux sont disposés dans les ligaments.

C'est là une disposition sur laquelle les traités classiques d'anatomie pathologique n'ont pas insisté.

Les vaisseaux forment deux groupes très distincts. Pour les voir, il suffit de tendre en dehors le ligament large. On distingue alors nettement (fig. 1) :

1° Un groupe externe et supérieur, en haut du ligament large et comprenant les vaisseaux utéro-ovariens;

2° Un groupe externe et inférieur, accolé à l'utérus situé à la base du ligament.

Entre ces groupes vasculaires existe toujours un espace celluleux, mince, transparent, haut de 3 à 5 centimètres, large de 2 à 3, que l'on voit facilement par transparence. C'est dans cet espace que seront passés les fils qui vont serrer les vaisseaux utéro-ovariens.

Nous avons toujours pu trouver et montrer aux assistants ce triangle où passent les ligatures.

MANUEL OPÉRATOIRE

Avant l'opération, raser et laver la malade. Désinfecter très minutieusement le vagin. Curettage de l'utérus, ou tout au moins du segment inférieur si cela est facile. — (Ce dernier temps n'est pas absolument nécessaire, car nous l'avons souvent omis sans inconvénient.)

Laparotomie. — La tumeur est sortie du ventre. Soulever les annexes. Les tendre fortement en haut et en dehors. Regarder par transparence l'espace cellulaire formant la partie mince du ligament large ci-dessus décrite.

Avec une aiguille de Terrier ou une pince de Lister, y passer deux gros fils de soie.

Le premier sera serré à une certaine distance en dehors de l'ovaire. Il étreindra les vaisseaux utéro-ovariens en dehors de l'ovaire (fig. 2).

Le second, placé en dedans de l'ovaire sur la trompe, empêchera l'hémorrhagie venant de l'utérus. Une forte pince pourra remplir le même but.

Sectionner le ligament entre ces deux ligatures.

La ligature se fait de la même façon pour l'un ou pour l'autre côté.

Lier à droite et à gauche des ligaments ronds (il est plus facile de les lier séparément que de les lier en même temps que les vaisseaux utéro-ovariens).

Disséquer la vessie. Pour cela : inciser le péritoine sur la face antérieure du fibrome de manière à faire un lambeau péritonéal. Disséquer la vessie de haut en bas jusqu'au niveau du col utérin, c'est-à-dire du cul-de-sac vaginal antérieur.

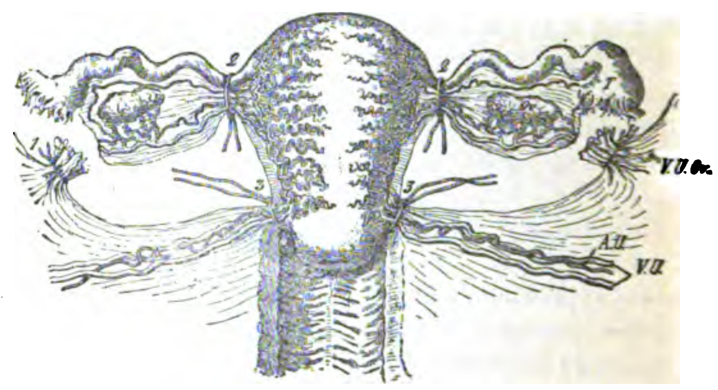


FIG. 2. — Ligatures posées. 1, ligature des vaisseaux utéro-ovariens près du bassin. — 2, ligature des annexes, pour empêcher le reflux du sang de la tumeur, après la section des annexes. — On peut remplacer cette ligature par une pince. — 3, ligature des bases des ligaments larges, formant une anse dans le vagin.

Nous avons toujours très facilement évité les uretères en abaissant fortement la vessie en bas et en avant.

A ce moment, si la tumeur est énorme et gêne par son volume, on peut l'enlever après avoir fait un pédicule avec un lien élastique. Pour cela, enrouler un gros drain deux fois autour de la masse à 6 ou 8 centimètres au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Le fixer solidement. Sectionner horizontalement la masse au-dessus de ce lien constricteur.

Si la masse est peu gênante, la laisser entière.

Perforation des culs-de-sac vaginaux. Passage des fils.

Cul-de-sac postérieur. — Attirer la tumeur sur le pubis. Par le vagin introduire une longue pince courbée (pince à ligament large, par exemple) dans le cul-de-sac postérieur.

Repousser la paroi vaginale, ouvrir la pince de 1 à 2 cenmètres. Inciser la paroi entre les mors de la pince ouverte, agrandir l'ouverture en déchirant la paroi postérieure par le large écartement des mors de la pince (5 à 6 cent.).

Cul-de-sac antérieur. — Renverser la tumeur sur le ventre.

Avec la pince déjà introduite dans le vagin, soulever le cul-de-sac antérieur, et l'ouvrir comme il a été fait pour le cul-de-sac postérieur.

Au moment de la déchirure des culs-de-sac, on rencontre parfois des vaisseaux veineux assez gros, et même de petites artères, surtout au niveau du cul-de-sac antérieur. En écartant les pinces pour déchirer les culs-de-sac, on peut rompre ces vaisseaux, ce qui occasionne une légère perte de sang. Rien n'est plus facile que de maîtriser la petite hémorrhagie qui se produit, car on a la déchirure sous les yeux, soit par une ligature, soit à l'aide d'une pince longuette.

Il est essentiel, pendant que l'on perfore les culs-de-sac, de ne pas tordre la tumeur de ce côté, car on risquerait de blesser les veines utérines (voir obs. XI).

Passage des fils.— Introduire la pince vaginale de bas en haut dans la cavité abdominale, à travers l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Saisir l'extrémité d'un long fil de soie forte, l'attirer de haut en bas dans le vagin pendant que l'autre bout est maintenu dans l'abdomen. Repasser la même pince de bas en haut, tenant toujours le fil, par l'ouverture du cul-de-sac antérieur de façon à ramener dans la cavité abdominale l'extrémité du fil dont l'anse comprend alors les vaisseaux utérins.

La manœuvre est la même pour le côté droit ou pour le côté gauche.

Il peut arriver que le fibrome est surtout développé dans le fond de l'utérus. Dans ce cas, l'utérus est allongé. Quand on sort la tumeur du ventre, le vagin est tiré en haut; et quand on a ouvert les culs-de-sac antérieur et postérieur, on voit qu'il est extrêmement facile de passer les fils horizontalement d'une ouverture à l'autre avec une simple pince courbe. Dans ce cas, la partie serrée est toujours très mince (voir obs. XII, XIV et XVI).

La disposition est alors la suivante (fig. 3) : les fils forment



FIG. 3. — La tumeur a été coupée en travers au-dessus du lien de caoutchoux *C* et des ligaments larges (3).

Il reste la région du col (*U*) formant le moignon à enlever. — *VU Ov.*, vaisseaux utéro-ovariens liés en 1. — *VN*, vaisseaux utérins liés en 3. — *Va*, vagin.

à droite et à gauche du col utérin deux anses passant à cheval dans le vagin sur la base des ligaments larges où sont les artères utérines.

Les fils des anses ont leurs bouts relevés dans le péritoine.

Pour assurer l'hémostase, serrer fortement les fils près du col utérin.

Ablation du pédicule.

Si le lien de caoutchouc a été posé, l'enlever.

Fendre en deux le moignon formé par le col en incisant

l'axe de la cavité utérine, ou mieux, si c'est possible, inciser à côté de la cavité utérine sans l'ouvrir. Réduire le volume des deux moitiés en laissant assez de parties molles pour rendre impossible le glissement des ligatures (fig. 4).

Si le lien de caoutchouc n'a pas été posé, si la tumeur est intacte, la couper horizontalement au-dessus des anses latérales serrées, puis inciser verticalement le moignon comme il vient d'être dit.

Si le volume des parties molles destinées à empêcher le

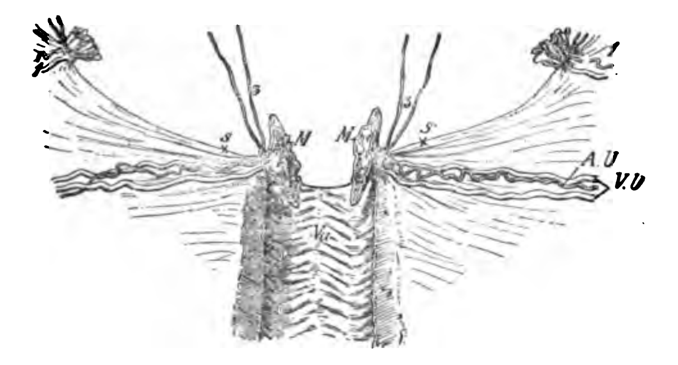


Fig. 4. — Le moignon du col est coupé en deux par la résection de la partie centrale. Il reste deux petits moignons latéraux, *M*, *M*.

1, ligature des vaisseaux utéro-ovariens. — 3, ligature serrant la base des ligaments larges et les vaisseaux utérins. *A U* et *VU*. — *SS'*, points où l'on fera une suture du péritoine.

glissement des ligatures est suffisant, il n'y a pas d'hémorragie possible. J'ajoute que si ce glissement vient à se faire par suite de l'insuffisance des parties molles, on en est averti immédiatement. En regardant par le ventre ouvert, on voit directement l'artère utérine, qui donne du sang, et il est facile de la lier isolément, ainsi que les grosses veines du moignon (fig. 5).

Plus simplement encore, il suffit de placer une seconde anse de fil à côté de la première, et on arrête tout suintement. Cela nous est arrivé deux fois.

Avec une pince introduite par le vagin, saisir les chefs flottants des deux ligatures latérales du pédicule, et les descendre dans le vagin.

Fermeture du péritoine. — Fermer le péritoine au niveau du vagin avec les lambeaux péritonéaux taillés en avant et en arrière du fibrome, avec quelques points de suture conti-

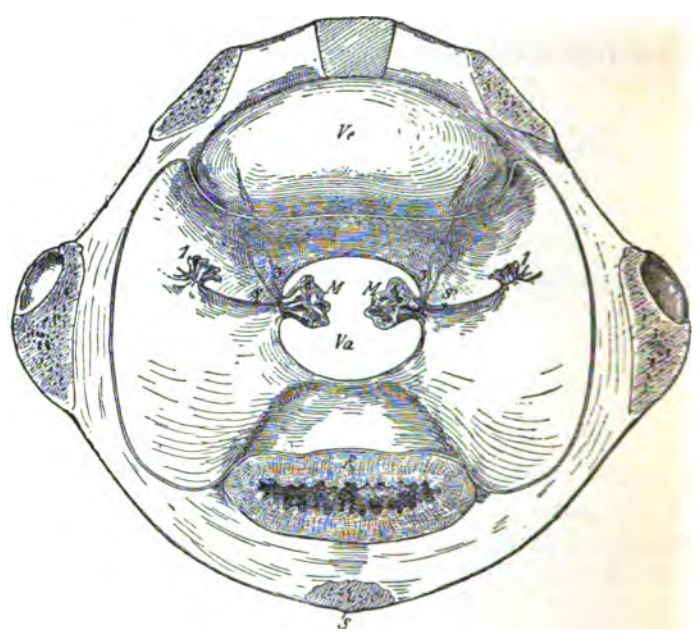


FIG. 5. — Coupe transversale du bassin vue par le haut. La tumeur est enlevée.

Va, vagin. — *M*, *M*, moignons latéraux provenant du col. — 1, 1, ligatures des vaisseaux utéro-ovariens. — 3, 3, ligatures à la base des ligaments larges. — *R*, rectum. — *Ve*, vessie. — *S*, sacrum.

nue au catgut, faits par le ventre, avec une aiguille courbe (fig. 6 et 7).

Suturer la paroi abdominale.

Pansement. — Nettoyer les caillots qui sont dans le vagin.

Il est également très utile de placer un drain en T entre les deux pédicules retournés dans le vagin. Ce drain permet

de faire mieux les lavages antiseptiques au fond de cette cavité. Je regarde ce drain comme absolument nécessaire quand les annexes sont enflammées (obs. XVII), ou quand on a enlevé un utérus cancéreux et que les pédicules ont été faits avec des tissus ayant pu être infectés, comme dans le cas de cancer (obs. XV). C'est depuis l'accident arrivé à la malade (obs. X) que j'ai reconnu la nécessité de ce drain vaginal. Il est important de bien faire ces lavages, pour éviter la putréfaction des liquides vaginaux, qui déterminerait une infection grave.

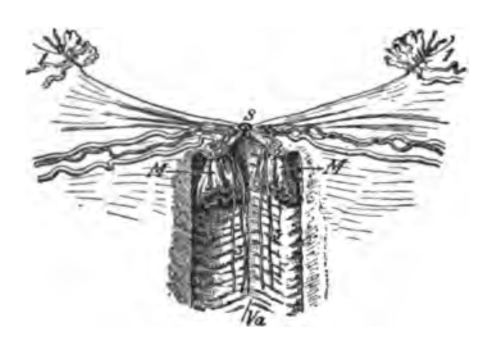


Fig. 6. — Les deux moignons latéraux *M*, *M*, sont renversés dans le vagin. 1, 1, ligatures des vaisseaux utéro-ovariens. — 3, 3, ligatures des bases des ligaments larges. Les fils sont descendus dans le vagin. — S, suture du péritoine.

On coupe les fils par le vagin le 15ᵉ jour. Si les nœuds des fils sont peu visibles, il suffit de découper le petit moignon sphacélé par petits morceaux, avec une longue pince à griffes et des ciseaux courbes, et les fils ne tardent pas à tomber.

L'occlusion du péritoine pelvien est nécessaire, quand on a affaire à des cas simples, c'est-à-dire sans inflammation des annexes.

Cette suture du péritoine pelvien a des contre-indications formelles :

1° Quand le fibrome est compliqué de suppuration pelvienne ;

2° Quand il y a eu de la pelvi-péritonite ancienne et que l'on a dû détruire de vastes adhérences. Dans ce cas l'opération est suivie d'une exsudation séreuse sanguine énorme qui peut s'accumuler dans le péritoine et déterminer des accidents (V. obs. XVII).

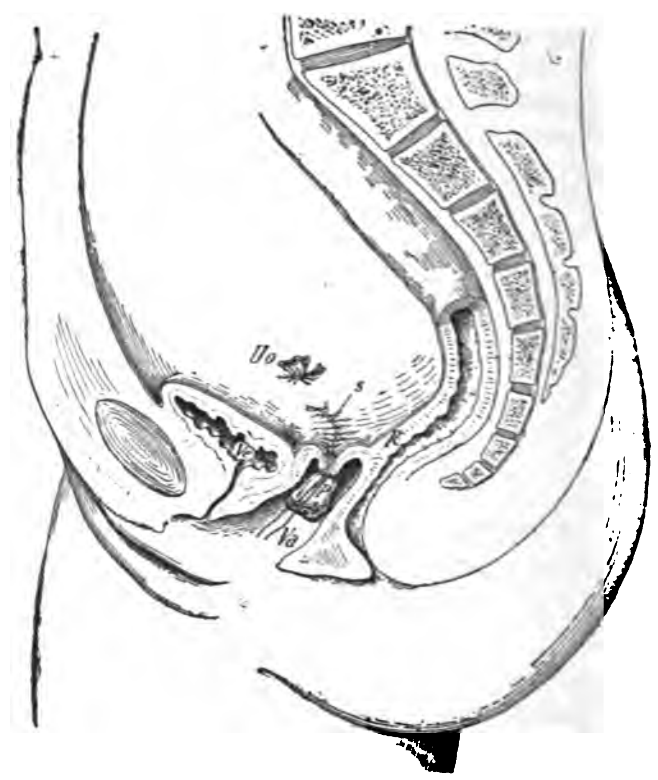


FIG. 7. — *Uo.*, vaisseaux utéro-ovariens. *Va.*, vagin. — *R.* rectum. — *Ve*, vessie. — *P.* pédicule renversé dans le vagin. — *S*, suture du péritoine pelvien.

Il est avantageux dans ces deux cas de ne pas fermer le péritoine, mais de placer un drain en croix ou double dans le cul-de-sac de Douglas. Il suffit de le laisser 48 heures et toute sécrétion pelvienne a alors cessé.

Dans les cas, rares à la vérité, de fibrome compliqué de cancer de l'utérus, cette méthode a un grand avantage. L'hystérectomie vaginale est souvent impossible, à cause de la friabilité du segment inférieur cancéreux et du volume trop grand du fibrome qui ne permet pas l'abaissement : tel est le fait de l'observation XV. Dans ces cas, par le ventre on pose les ligatures avec certitude à une distance suffisante de l'utérus cancéreux, et l'on peut disséquer assez facilement la vessie de haut en bas pour éviter les uretères. C'est ce que nous avons fait dans notre observation.

Nous ne présentons que 18 cas opérés par ce procédé parce que nous avons vu bien d'autres fibromes qui ne nous ont pas paru devoir être enlevés par cette méthode.

Sur ces 19 cas, 16 ont guéri sans incidents. Une première (obs. VIII) est morte d'une hémorrhagie d'une artère vaginale, dont le fil a été trouvé dénoué dans une injection. C'est là un malheur dû à ce que le fil avait été coupé trop court au ras du nœud, ce qui lui a permis de se défaire. Cet accident est facile à éviter et peut se produire dans toutes les opérations. Une seconde (obs. X) est morte faute de soins. En mon absence le drainage vaginal et les injections n'ont pas été faits. J'ai trouvé au retour le vagin plein d'un pus infect, et la malade a eu des accidents de septicémie, mais sans péritonite. Ce qui prouve l'excellente fermeture du péritoine.

La malade de l'observation VIII a eu une rechute d'entérite glaireuse, dont elle avait déjà beaucoup souffert. Elle est morte un mois après l'opération, du reste sans aucun incident du côté du péritoine, ni des pédicules.

Dans aucun cas mortel il n'y a eu d'accident du côté des pédicules, ni des vaisseaux utéro-ovariens, ni de la vessie, ce qui est essentiel pour le procédé.

J'ajoute que, dans les cas de fibrome compliqué de cancer utérin, l'hystérectomie totale par ligature donne une sécurité absolue pour la pose des ligatures en dehors des tissus malades (V. obs. XV).

Un autre avantage de cette opération est le peu de perte de sang. Cet avantage est précieux quand les malades sont très affaiblies et incapables de supporter une hémorrhagie même légère. Elle a donc un avantage sur l'hystérectomie vaginale peur fibrome, qui entraîne fatalement un écoulement sanguin, quelquefois dangereux.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Fibrome dépassant l'ombilic de 3 centimètres.* — C..., concierge, 40 ans. Hémorrhagies graves.

Examen. — Tumeur régulière, médiane, dépassant l'ombilic de 3 centimètres, remplissant les fosses iliaques, rénitente, presque fluctuante.

A droite on sent l'ovaire.

Toucher : On sent la tumeur dans le cul-de-sac antérieur ; en ce point la tumeur est ligneuse.

Col abaissé. Hystéromètre se dirige en arrière.

Opération, le 7 juillet 1893. — Ablation par hystérectomie totale sans incidents. Fermeture du péritoine.

Pendant trente heures vomissements de chloroforme qui cèdent à un lavage d'estomac.

P. 120. Temp. 37° et 37°,5.

Météorisme abdominal qui cède à deux lavements glycérinés.

Etat général bon, pas de choc ni de douleurs dans le bassin.

Fils retirés le 10e jour.

La malade nous a écrit en octobre 1894 que sa santé est excellente.

Obs. II. — *Fibromes dépassant l'ombilic de 7 centimètres.* — Mad. C..., Irlandaise, 30 ans. Antécédents bons.

Etat actuel mauvais, — grand épuisement. A essayé de nombreux traitements.

Fibrome montant à 7 centimètres au-dessus de l'ombilic, remplissant le ventre.

Opération, 25 juillet 1892. — Laparotomie. Tumeur énorme, très vasculaire, formée de masses irrégulières, dont quelques-unes sont pédiculées. Le fibrome est enclavé dans le petit bassin.

Il est impossible de le mobiliser. Avec peine, par suite de l'enclavement de la tumeur, je pratique la ligature des vaisseaux

utéro-ovariens suivant mon procédé. Je place sur la tumeur un premier lien circulaire, qui permet d'enlever une certaine portion de la tumeur, puis un second à deux travers de doigt sous le premier. La tumeur peut être alors mobilisée.

Perforation des culs-de-sac, passage des fils, ablation des pédicules, fermeture du péritoine. Durée : 1 h. 10.

Suites opératoires. — Pouls petit et rapide pendant trois jours, 110 à 100 pulsations. Température 37°.

Troubles gastriques cédant au lavage de l'estomac,

Fils enlevés le 10e jour.

État général se relève rapidement. La malade nous a écrit en octobre 1894. Elle n'éprouve aucune douleur du côté du ventre et a repris depuis longtemps sa vie ordinaire.

Obs. III. — Femme G..., 41 ans, femme de ménage. Père mort d'un cancer de l'estomac, Pas de grossesse.

Hémorrhagie débutant il y a 4 ans. A subi des traitements variés.

Examen. — Ventre tendu, peu douloureux, tumeur dépassant l'ombilic. Toucher : col en arrière, mou, ouvert. On sent une masse molle, fongueuse, sensible, qui sort par le col. On peut introduire le doigt entre le bord antérieur du col et la masse qui semble avoir une insertion sur la partie latérale gauche de l'utérus. Le toucher est douloureux et provoque un saignement abondant, mais sans odeur.

État général. — L'amaigrissement est très grand, les forces sont nulles, le teint est couleur de cire. Œdème des jambes quand la malade reste levée. Veines des membres inférieurs développées ; le saphène interne est sensible.

Opération, 20 octobre 1893. — Nombreuses adhérences péritonéales, surtout du côté de l'ovaire gauche, où les vaisseaux sont extrêmement développés. Je passe beaucoup de temps à détruire les adhérences. Ouverture des culs-de-sac, passage des fils. Enlèvement du pédicule. Fermeture complète du péritoine.

La malade était très faible, on fit immédiatement une injection sous-cutanée de 100 grammes de sérum artificiel.

Le lendemain, grande faiblesse. Pouls 110 ; température 36°,2. Injection 100 grammes de sérum.

Deuxième jour : Pouls 60, même traitement, ventre un peu ballonné.

Quatrième jour : Pansement vaginal iodoformé est retiré. On

fera matin et soir une injection vaginale de 4 litres d'eau avec sublimé au 0,0004, à 25 centigrammes par litre.

Cinquième jour : Diarrhée fétide et abondante. L'état général est cependant meilleur ; la malade demande à se nourrir.

Quinzième jour : Les fils vaginaux tombent spontanément.

Dix-huitième journée : Phlébite de la veine saphène droite.

Vingt-sixième jour : L'état général est moins bon ; il se relève plus tard et la malade sort guérie six semaines après l'opération.

OBS. IV. — *Fibrome dépassant l'ombilic de 7 centimètres.* — Emma C..., concierge, 41 ans.

Tumeur remontant à 9 ans. Traitement électrique sans résultat pendant 2 ans 1/2. Fortes hémorrhagies qui se renouvellent d'une façon presque continue du mois de mars au mois d'août 1893.

Tumeur dure, plus développée à droite qu'à gauche, remplissant toute la fosse iliaque droite, remontant à 7 centimètres au-dessus de l'ombilic, mobile et indolore. Col très en arrière, déformé. La tumeur remplit le cul-de-sac antérieur. L'hystéromètre ne pénètre qu'à 5 centimètres.

Opération, 5 novembre 1893, sans incident particulier.

Ablation du moignon par l'abdomen. Fermeture soigneuse de tout le péritoine pelvien.

Durée totale : 50 minutes.

Deuxième jour : Shock traumatique manifeste, le pouls est très faible. Température 37°,2.

Vomissements dus au chloroforme.

Troisième jour : Pouls 70.

Les fils vaginaux tombent d'eux-mêmes au bout d'un mois.

La malade sort complètement guérie.

Nous avons revu cette malade en septembre 1893. La guérison est très bonne. Aucun phénomène douloureux.

OBS. V. — *Fibrome couvrant l'épigastre.* — Marie D..., 26 ans. La tumeur fibreuse a été constatée il y a 4 ans ; actuellement elle s'étend du pubis au creux épigastrique ; la circonférence du corps est de 92 centimètres. La malade est maigre, très affaiblie. Je la prépare par des injections sous-cutanées journalières de 50 grammes de sérum et de deux milligrammes d'arséniate de strychnine.

Opération, 18 décembre 1893. — L'énorme tumeur apparaît comme enlacée dans un réseau de grosses veines qui couvrent

sa surface. Ces vaisseaux sont du volume d'un crayon. Des grappes semblables à de la gelée de pommes y sont appendues, formées par les lymphatiques hypertrophiés.

La ligature des adhérences vasculaires prend un temps considérable.

Ligature des vaisseaux utéro-ovariens. Dissection de la vessie. A ce moment une petite artériole de la paroi vaginale est ouverte ; elle est pincée et je pratique la torsion. Un lien élastique est placé autour de la tumeur, j'en enlève la partie la plus volumineuse. Perforation des culs-de-sac antérieur et postérieur. Passages de gros fils de soie. Le moignon cervical est enlevé. Suture complète du péritoine pelvien. — Durée : 1 h. 15.

Premier jour : Vomissement de chloroforme. Pouls 130. Température 37°,8. Ventre souple.

Deuxième jour : Pouls 130, petit, irrégulier. Ventre souple. Léger écoulement rosé par le vagin.

Troisième jour : Pouls 120. Température 37°,2. Ventre souple, indolore. L'écoulement vaginal signalé la veille est plus abondant.

Le tampon vaginal est retiré. Au spéculum, on voit un caillot liquéfié.

Cette petite hémorrhagie provient de l'artériole ouverte au moment de l'ouverture du cul-de-sac antérieur et dont la torsion n'a donné qu'une hémostase imparfaite.

Injection de sublimé au millième. Nouveau pansement à la gaze iodoformée.

Quatrième jour : L'état général est complètement remonté, la gaze vaginale est retirée ; la malade est soumise à deux injections phéniquées par jour. Les fils vaginaux sont retirés le quatorzième jour.

Vingtième jour : L'examen au spéculum fait voir au fond du vagin les deux petits pédicules de la grosseur d'une petite noisette. Au toucher, on sent une voûte très résistante et indolore.

La malade nous écrit en octobre 1894 qu'elle se livre sans fatigue aux travaux des champs.

Obs. VI. — Philomène M..., 36 ans, opérée par moi, d'une hernie le 11 novembre 1893.

Tumeur dépassant le pubis de 12 centimètres, mobile. Douleurs continuelles empêchant tout travail. Depuis quelques mois,

accroissement rapide du fibrome, ce qui décide l'intervention.

Opération, 10 janvier 1894. — Laparotomie. Extraction de la tumeur. L'ovaire et la trompe à droite sont mobiles.

Je constate alors que le fibrome est infiltré dans le ligament large et que les vaisseaux utéro-ovariens sont placés très haut à la partie supérieure de la tumeur. Ligature des vaisseaux utéro-ovariens, des ligaments ronds. Dissection de la vessie. Perforation des culs-de-sac. Passage des gros fils de soie, ligature des bases de ligaments larges. Formation du pédicule.

A ce moment il se produit un incident ; un aide tire trop fortement sur la tumeur. Il en résulte que le fil placé sur le vagin glisse, l'artère utérine donne du sang. Je la saisis facilement avec une longue pince et je lie isolément. Le pédicule est reconstitué de suite.

Deuxième jour : Température 36°,7. Pouls 130, petit et irrégulier. Vomissements dus au chloroforme. Toux fréquente. Injection de caféine.

Troisième jour : Pouls 130. Température 37°,4. État général se relève. Caféine.

Quatrième jour : Pouls 100, est régulier et bien frappé. Champagne, lait.

La mèche vaginale est retirée. On fait deux injections vaginales par jour. Fils vaginaux enlevés le onzième jour. Guérison rapide.

Obs. VII. — Henriette K..., 35 ans. *Deux fibromes mobiles à la partie supérieure de l'utérus, dépassent l'ombilic.* D'autres fibromes sur les parties latérales dans le petit bassin.

Opération, 3 août 1844. — La seule différence a été l'extraction de la tumeur qui était fortement enclavée dans le bassin et qu'il a fallu tirer, avec une grande force. La ligature des vaisseaux utéro-ovariens n'a pas été difficile. Fermeture du péritoine pelvien.

Premier jour : Abattement, diarrhée infecte et sanguinolente. Pouls petit, irrégulier.

Deuxième jour : Purgation légère et, le soir, benzonaphtol. Injection sous-cutanée de caféine. Digitale le soir.

Troisième jour : Température 37°,2. Pouls 120, régulier. Même traitement.

Quatrième jour : Diarrhée légère. Nausées, lavage de l'estomac.

Cinquième jour : Bon sommeil. État général bon. Pansement vaginal est retiré. Injections matin et soir. Guérison rapide.

La malade est revenue le 10 octobre. Elle est en excellent état de santé.

Obs. VIII. — Juliette Ch..., 41 ans. Fibrome hydorrhéique irrégulier, *dépassant l'ombilic de 6 centimètres*, remplissant tout le bassin, les fosses iliaques et repoussant le vagin. État général bon.

Opération, 22 juin 1894. — Laparotomie. Incision dépassant l'ombilic de 6 centimètres.

Durée : 1 minute 40 secondes.

Énucléation de la tumeur. Elle est allongée, irrégulière, avec un fibrome surajouté en haut et à droite. Ligaments larges allongés, aplatis contre la tumeur, contenant des veines énormes et des vaisseaux lymphatiques très dilatés presque de 1 centimètre de diamètre.

Durée : 2 minutes.

Ligature difficile des vaisseaux utéro-ovariens.

Durée : 11 minutes.

Ligature des ligaments ronds.

Durée : 4 minutes.

Décollement de la vessie.

Durée : 2 minutes.

Perforation des culs-de-sac : postérieur, 3 minutes ; antérieur, 3 minutes. Une grosse artère est liée sur la paroi vaginale antérieure.

Passage des fils et ligature des bases des ligaments larges : 4 minutes.

Section de la tumeur au-dessus du col : 1 minute.

Ablation du moignon : 2 minutes.

Renversement du moignon dans le vagin : 2 minutes.

Suture du péritoine pelvien : 10 minutes.

Fermeture du ventre : 10 minutes.

Premier jour : Vomissements de chloroforme fréquents. Pouls 90 à 100. Facies bon.

Deuxième jour : Suintement léger vaginal. Vomissements. Lavage de l'estomac les arrête.

Troisième jour : Pansement vaginal. Il suinte du sang. On enlève des caillots assez abondants. Il semble que le sang est arrêté.

Quatrième jour : Vomissements légers. État général semble meilleur. Ventre un peu sensible.

Cinquième jour : Vomissements deviennent porracés. Ventre sensible.

Pansement vaginal. Je découvre dans le fond du vagin un amas de caillots énormes et ayant de l'odeur. Ils sont enlevés par une injection douce, qui ramène un catgut dénoué. C'est celui qui a été placé sur l'artère vaginale et qui a déterminé cette perte de sang. C'est du reste le seul employé pendant toute l'opération.

Ce pansement a beaucoup fatigué la malade. P. 120, petit et irrégulier.

État général mauvais.

Soir : Pouls petit et filiforme ; facies grippé, hoquet.

Sixième jour : Même état matin et soir. Mort.

Autopsie — Péritoine grisâtre, poissonneux, enflammé, adhérent partout dans le bassin.

Entre la vessie et le rectum, énorme caillot sanguin, en partie liquéfié.

Les ligatures des vaisseaux utéro-ovariens et des pédicules sont visibles et parfaitement intactes.

La cause de la mort est des plus nettes. Hémorrhagie par chute de la ligature au catgut de l'artère de la paroi vaginale ; décomposition du caillot vaginal et péritonéal et péritonite généralisée.

Obs. IX. — *Fibrome dépassant l'ombilic de 5 centimètres.* — Marie Prad..., 40 ans. Début de la tumeur il y a quatre ans. A été traitée par M. Verneuil et refusa une opération indiquée par ses souffrances.

Traitée par M. Apostoli pendant plusieurs mois. Le traitement électrique échoua à cause des altérations kystiques du fibrome.

Tumeur dépasse l'ombilic de 5 centimètres, remplit les fosses iliaques. En avant et en haut elle est pâteuse, fluctuante ; tout en haut, elle est dure et irrégulière.

Opération, 16 octobre 1894. — Laparotomie. Il faut détruire de fortes et nombreuses adhérences péritonéales avant de pouvoir sortir la tumeur. L'ovaire droit a la forme d'une longue bande aplatie haute de 8 centimètres, large de 3, et collée contre la tumeur par des adhérences, que je détruis sans trop de peine. Le reste de l'opération est court. Il faut mettre un lien de caoutchouc en travers de la tumeur qui est développée dans le segment

inférieur de l'utérus. Perforation des culs-de-sac et formation des pédicules latéraux. Suture du péritoine pelvien.

Premier jour : Pouls 100. Malade est déprimée. Injection de sérum artificiel, 100 grammes.

Deuxième jour : État excellent. Pouls, 96, bien frappé. T. 37°,3.

Quatrième jour : Pansement vaginal. Injections matin et soir.

Douzième jour : Fils enlevés. — Guérison.

Obs. X. — Félicité Duj..., 42 ans.

Tumeur ayant débuté il y a trois ans, s'est développée rapidement pendant les derniers mois. Elle détermina des douleurs et des pertes utérines sanglantes et aqueuses. Volume dépasse l'ombilic et envahit les fosses iliaques.

Opération, 22 octobre 1894. — Hystérectomie abdominale totale. Tout marche rapidement, comme un cas simple. Le péritoine du petit bassin est soigneusement suturé.

Pansement vaginal le deuxième jour. J'ordonne de faire des injections vaginales matin et soir.

Malheureusement je fus appelé deux fois hors de Paris pendant les dix jours suivants, et mes prescriptions ne furent pas bien suivies; à cette époque je ne plaçais pas de drain vaginal. Voici ce qui se passa en mon absence :

Quatrième jour : Vomissements fétides, lavage de l'estomac sans grand effet.

Cinquième jour : Même état.

Sixième jour : Mieux se manifeste. Le ventre ne fait pas mal, la malade a de la fièvre tous les soirs.

Je reviens le huitième jour.

La malade se plaint de souffrir dans le vagin. Je pratique un examen au spéculum et je découvre, dans le fond du vagin, une vaste collection de pus infect. Il est évident que, pendant mon absence, les injections vaginales étaient mal faites. Je fais un nettoyage de la poche au sublimé et je mets de la gaze iodoformée.

Dixième jour : Même pansement. État mauvais. Fièvre hectique. T. 39°,8. Diarrhée.

Quatorzième jour : Mort par septicémie, sans péritonite.

Autopsie. — Ne fut pas admise.

Cette malade est morte de septicémie due à la stagnation des liquides qui s'étaient décomposés dans le vagin, parce que les

injections étaient mal faites, et ne pénétraient pas assez loin. C'est là un accident qui nous arrive pour la première fois, et qu'il est facile d'éviter. Il est dû uniquement à de la négligence dans le service et à l'absence du drain vaginal.

OBS. XI. — *Fibrome dépassant l'ombilic de* 8 *centimètres.* — Perrine Jeha..., 41 ans. Trois enfants, bonnes couches. Début de la tumeur il y a huit ans, mais augmentation rapide depuis deux ans.

Métrorrhagie toutes les trois semaines.

Douleurs violentes.

Pendant les trois semaines que la malade est restée à l'hôpital, le fibrome a grossi.

Utérus mobile, abaissé par une tumeur remplissant le bassin, molle, un peu fluctuante. Cette masse dépasse l'ombilic de 8 centimètres et remplit les fosses iliaques. Elle est mobile.

Le ventre a 61 centimètres de circonférence à l'ombilic, et est plus développé à gauche qu'à droite.

Opération, 25 novembre 1894. — Laparotomie. Le fibrome, sorti du ventre, avait 25 centimètres de diamètre. Il y avait des adhérences de l'épiploon. Au moment de la perforation du cul-de-sac antérieur, il s'est produit un incident. Un aide tordait involontairement la masse et je fis la perforation du cul-de-sac, non sur la ligne médiane, mais dans le milieu du ligament large droit, ce qui me fit ouvrir une grosse veine, que je dus lier à part.

Le reste de l'opération fut normal. Suture du péritoine pelvien.

Le fibrome était une tumeur à géodes, remplie de vacuoles pleines de liquides visqueux, verdâtre.

Guérison sans incident. Fils vaginaux retirés le onzième jour.

OBS. XII. — *Fibrome dépassant l'ombilic de* 10 *centimètres. Poids,* 3,500 *grammes.* — Marie Boul..., 35 ans. Santé a été autrefois très mauvaise. Elle a eu une méningite, variole, érysipèle, coqueluche, rhumatisme articulaire, bronchites graves, et surtout une entérite chronique qui avait des rechutes à chaque maladie grave.

Début du fibrome il y a quatre ans, Pertes pendant quinze jours. Douleurs violentes dans tout le ventre. Signes de compression de la vessie et du rectum. Tumeur montant à 10 centimètres au-dessus de l'ombilic, molle, un peu mobile, remplissant les fosses iliaques.

Hystéromètre pénètre à 18 centimètres. Toucher : col très haut, petit. On sent à peine le fibrome par le toucher.

Opération, 19 novembre 1894. — Ligature des vaisseaux utéro-ovariens facile.

Perforation des culs-de-sac facile. Comme le fibrome est très élevé et que le vagin est très étiré en haut, il est facile de passer les fils du cul-de-sac postérieur dans l'antérieur directement d'avant en arrière sans être forcé de descendre la pince dans le vagin, ce qui abrège l'opération.

Suture du péritoine pelvien.

Le fibrome pèse 3,500 grammes. Il est farci de cavités ou géodes pleines et d'un liquide albumineux gélatiniforme.

Deuxième jour : Je retire la mèche vaginale et on fait des injections phéniquées matin et soir.

Troisième jour : Diarrhée séreuse qui cède le sixième jour.

Dixième jour : Ligatures du pédicule enlevées. Diarrhée grave a repris. Ventre souple.

Onzième jour : Intolérance alimentaire. La malade est reprise de gastro-entérite, et ne peut s'alimenter.

Dix-huitième jour : On donne de grands lavements d'eau boriquée de 4 litres qui semblent faire un peu de bien.

Vingt et unième jour : Mieux.

Vingt-troisième jour : Vomissements reprennent. Le vagin est examiné ; il est sec et ne suppure pas. Régime lacté.

Vingt-huitième jour : Éruption généralisée, comme varioloïde. Diarrhée.

Trente et unième jour : Mort de gastro-entérite. Le ventre souple sans péritonite et sans suppuration vaginale. — Autopsie ne fut pas permise.

Obs. XIII. — *Fibrome dépassant l'ombilic de* 3 *centimètres.* — Augustine Ba..., 35 ans. Deux enfants.

Début de l'affection actuelle, un an.

Douleurs violentes, continuelles dans le ventre ; hémorrhagies abondantes entre les règles.

Tumeur dépassant l'ombilic de 3 centimètres, envahissant les fosses iliaques, dure, peu mobile, faisant corps avec l'utérus. Cul-de-sac antérieur rempli par la tumeur. Hystéromètre pénètre à 12 centimètres.

Opération, 21 décembre 1894. — Hystérectomie abdominale

totale. Fibrome très enclavé, difficile à soulever. Vessie remontant très haut. Passage des fils dans les culs-de-sac, facile. Suture du péritoine pelvien.

Guérison sans incident au quatorzième jour, comme dans un cas simple.

Obs. XIV. — *Fibrome dépassant l'ombilic de 4 centimètres.* — Mlle Gabrielle Pr..., 28 ans, de Saint-Ouen. Réglée à 12 ans. A 20 ans, fièvre typhoïde grave. A 25 ans, douleur dans le ventre qui augmente de volume lentement ; pertes abondantes et douloureuses. Mictions fréquentes, et alternatives de forte constipation. Signes manifestes de compression des organes du bassin.

Examen. — Ventre volumineux, pointu en avant. Au palper, on sent une tumeur dépassant l'ombilic de 4 centimètres, et remplissant à moitié les fosses iliaques. Elle est assez mobile de haut en bas. La malade est vierge et le toucher vaginal n'est pas fait.

Opération, 4 janvier 1895. — Lavages antiseptiques et toucher sous chloroforme. On sent le fibrome très haut. Laparotomie.

On retire un fibrome de forme régulièrement arrondie, occupant tout l'utérus, haut placé et ayant fortement étiré le vagin en haut. Il existe des adhérences de l'intestin à la tumeur. Ces adhérences sont de larges brides celluleuses, faciles à détruire.

Je fais les ligatures des vaisseaux utéro-ovariens.

Les culs-de-sac vaginaux sont perforés facilement, et comme la tumeur a étiré le vagin, il est très facile de passer les deux ligatures des bases des ligaments larges d'avant en arrière, de la perforation postérieure dans l'antérieure, sans descendre la pince dans le vagin.

Suture du péritoine pelvien.

Les fils furent enlevés le treizième jour, avec assez de peine à cause de l'étroitesse du vagin.

Obs. XV. — *Fibrome et cancer du corps de l'utérus.* — Lomb.., 51 ans. Réglée à 15 ans, avec difficulté ; les règles duraient 8 à 10 jours. Un enfant a 21 ans.

Couche mauvaise, perte abondante le quinzième jour. Est obligée de s'aliter deux mois.

A 39 ans, fièvre typhoïde et rhumatisme à 48 ans ; les pertes utérines augmentent. Elle consulte le Dr Apostoli qui constate un fibrome du volume d'une orange et fait un traitement électrique.

Elle est améliorée, reprend son travail : mais les règles restent longues et abondantes.

En janvier 1884, les pertes sont plus abondantes, douloureuses et odorantes. La marche devient pénible, les douleurs vives irradient dans tout le bassin et les jambes. La malade cesse le traitement.

En décembre 1894, M. Apostoli tente un curettage et reconnait un cancer du corps de l'utérus.

Il envoie la malade à Saint-Joseph.

État. — Masse sur la ligne médiane, atteignant l'ombilic, dure, mobile, peu sensible..On ne sent pas les annexes.

Au toucher, col abaissé, volumineux, entr'ouvert. On sent au doigt une masse fongueuse, en partie dure et en partie friable, à odeur infecte. Cet examen est douloureux.

Le rectum est comprimé. Il y a des signes de compression de la vessie.

La malade est pâle et affaiblie.

Opération, 10 janvier 1895. — Laparotomie. Je trouve une grosse tumeur fibreuse partant du fond de l'utérus et une petite à gauche. Nombreuses adhérences de l'épiploon et même de l'intestin grêle. Les annexes sont très haut et très en arrière de la tumeur.

Ligatures faciles à placer.

Le pédicule est fait en plein tissu cancéreux. Je place des nouvelles ligatures sur les bases des ligaments larges en me tenant soigneusement à distance du cancer, dont on voit facilement les limites en regardant par l'abdomen.

J'enlève ensuite soigneusement tout le pédicule cancéreux et je ne laisse que des parties ayant un aspect parfaitement sain.

Suture du péritoine pelvien.

Guérison sans incident.

Obs. XVI. — Jo..., 52 ans. Réglée à 15 ans. Nullipare.

A 34 ans, sent pour la première fois des douleurs dans le ventre. Règles régulières, peu douloureuses.

Consulte en novembre 1893, parce que le ventre grossit sans cesse. Elle se plaignit de douleurs avec irradiations douloureuses dans les aines, avec sensation de pesanteur.

En dehors des règles, elle perd un liquide aqueux, abondant, légèrement teinté, qui fait penser à une tumeur fibreuse à petites géodes.

Examen. — Tumeur médiane atteignant l'ombilic, large de 20 centimètres, mobile de haut en bas et transversalemeut, peu sensible. On ne sent pas bien les annexes.

Opération, 13 janvier 1895. — Je trouve un fibrome développé dans le fond et la paroi antérieure de l'utérus, avec de petites tumeurs surajoutées. L'opération n'offre rien de particulier. Je passe facilement des ligatures d'avant en arrière, sans descendre dans le vagin comme dans l'observation XIV.

Suture du péritoine pelvien.

Le 26, la malade est très bien et en voie de guérison.

Obs. XVII. — *Fibrome adhérent suite d'une opération antérieure.* — Agathe Lan..., 43 ans. Réglée à 14 ans, une seule fausse couche. Rhumatisme aigu, 23 ans à 36 ans, Règles s'allongent et durant 10 jours. A 39 ans, suppression des règles pendant six mois et douleurs très violentes. A 40 ans (1891), le ventre grossit rapidement. Elle rentre dans le service du professeur Terrier et M. Hartmann lui fait une laparotomie et retire, dit la malade, un fibrome de deux pouces (?). A la suite la cicatrice se désunit et la malade reste deux mois et demi à se guérir.

Juin 1894 : L'opération ne l'a pas soulagée : le ventre continue à grossir. Elle va trouver le Dr Apostoli, qui l'améliore en 18 séances.

Décembre 1894 : Hémorrhagie, douleurs vives irradiées dans tout le ventre qui pointe en avant.

En 1895 : Elle entre à Saint-Joseph. État actuel : Ventre proéminent. Tumeur médiane dépassant l'ombilic de 3 centimètres. Col élevé. Hystérométrie, 12 centimètres. Phénomènes de compression du rectum et de la vessie. Urines épaisses, troublées par l'albumine.

Cicatrice du ventre irrégulière et adhérente au fibrome.

Opération, 21 janvier 1895. — Ouverture du ventre difficile dans le tissu cicatriciel. Adhérence totale du fibrome à la paroi antérieure. Nombreuses adhérences par bandes fibreuses dures à l'épiploon, à l'intestin grêle et au rectum. La vessie est très remontée et très adhérente ; elle est d'une dissection très difficile.

Je ne trouve pas les annexes droites ; les gauches sont faciles à enlever.

Ligature difficile des vaisseaux utéro-ovariens. La tumeur est soulevée et la perforation des culs-de-sac se fait assez facilement.

Suture du péritoine pelvien difficile, car les adhérences l'ont déchiré en plusieurs endroits.

Pansement : Comme le vagin suinte, je place une éponge iodoformée au lieu d'un drain.

Fibrome est du volume d'une tête petite d'adulte, irrégulière. Elle occupe le fond de l'utérus. A la coupe, il y a des espaces élargis et kystiques.

Deuxième jour : Éponge est enlevée. Lavage et drainage du vagin.

Quatrième jour : Pendant la nuit le ventre a grossi. Douleurs, signes de réaction péritonéale, facies pâle. Je pense à un épanchement de sérosité intra-péritonéale, dû aux adhérences. Je mets un spéculum et j'ouvre la suture du cul-de-sac postérieur. Il coule de la sérosité rouge. Je place un gros drain à 12 centimètres dans l'intérieur du ventre. Il coule toute la journée de la sérosité.

Sixième journée : La sérosité ne coule plus. Je fais une légère injection phéniquée qui sort propre. Le drain est enlevé du cul-de-sac de Douglas et mis dans le vagin seulement.

Ventre n'est plus ballonné ; peu de douleurs. État général bon.

Septième jour : Mieux s'accentue.

Dixième jour : La malade va bien.

Quinzième jour : Les fils vaginaux sont enlevés.

Obs. XVIII. — *Gros fibrome dépassant l'ombilic de 7 centimètres, infiltré dans le ligament large droit.* — Caroline Bæh..., 47 ans, de Rudeheim. Début il y a sept ans ; hémorrhagies, règles très longues, 8 à 10 jours, avec d'énormes caillots. Phlébite des deux jambes, puis, pertes odorantes. État général peu satisfaisant.

Palper : Tumeur remplissant les fosses iliaques, dépassant l'ombilic de 7 centimètres, atteignant les fausses côtes. Surface irrégulière. Dure partout, mobile, peu sensible.

Toucher : Hymen intact. On suit vaguement la tumeur, dans le cul-de-sac antérieur. Compression de la vessie et du rectum. Cystite et constipation intense.

Opération, 27 mars 1895. — Je sors une énorme tumeur de forme irrégulière. Ce qui complique l'opération, c'est un fibrome gros comme une orange qui est infiltré dans le ligamment large droit et est encloué dans le bassin. A sa surface, la trompe

est étalée. On voit les veines formant deux paquets séparés de 6 centimètres. Qnelques veines ont le volume du pouce. En soulevant les annexes droites, on peut voir l'espace triangulaire, et poser les ligatures, et ensuite énucléer le fibrome du ligament.

Ligature facile du côté gauche.

Dissection de la vessie nécessitant deux ligatures d'artères vésicales. Perforation des culs-de-sac antérieur et postérieur. Ligature des bases des ligaments larges et enlèvement de la tumeur. Il est nécessaire de refaire la ligature du ligament droit qui s'est desserrée, ce qui est très facile. Fermeture du péritoine et drain vaginal.

Tumeur : Poids 2 kil. 500, large de 22 centimètres. On voit une masse principale et 4 lobes surajoutés.

Le lobe infiltré dans le ligament large est du volume d'un gros poing d'adulte. Utérus, profondeur 22 centimètres. Annexes gauches saines ; droites, ovaire kystique.

Au centre de la tumeur est un fibrome calcifié, très blanc, lamellé, en bouillie crémeuse; guérison sans rien présenter d'anormal.

Nous avons imaginé ce procédé en combinant ceux employés par Martin, Chrobak, Guermonprez et Doyen.

Les procédés dans lesquels on enlève le fibrome par le ventre et le pédicule par le vagin ont un défaut grave. Ils nécessitent une double manœuvre et exposent plus facilement à une infection septique. Les ligatures nous semblent préférables aux pinces par les raisons suivantes :

Si l'on met les pinces par le vagin et que le fibrome soit très large, on évite avec peine les uretères ; les ligaments larges très épais sont difficiles à saisir et les pinces ont de la facilité pour glisser. La difficulté augmente si le col est déplacé, et si on a placé un lien de caoutchouc qui a ratatiné et tassé les ligaments larges. En laissant des pinces, le péritoine ne peut pas être fermé, et une infection de bas en haut est possible; c'est là une mauvaise condition qu'il importe d'éviter.

Par ce procédé, on a encore un autre avantage, celui de

lier tous les vaisseaux avant de les couper. Il faut donc une hémostase absolue avant l'enlèvement de la tumeur. Le moignon est réduit à un volume insignifiant, et son ablation est facile en supprimant d'abord la partie centrale qui contient la muqueuse cervicale, qui peut être infectante.

Obs. XIX. — *Fibrome dépassant l'ombilic de 4 centim.* — Mme Marie Morn..., 46 ans. Réglée à 15 ans. Deux enfants, bonnes grossesses et bons accouchements. A 36 ans, perte de sang, on la soigne pour une métrite avec tumeur. Depuis cette époque, règles très abondantes. Depuis deux ans, pertes continuelles et affaiblissement général. Il y a un an on constate le fibrome.

Palper. Tumeur dépassant l'ombilic de 4 centim., remplissant la fosse iliaque gauche, de forme allongée et irrégulière, peu douloureuse et mobile. Toucher : Col abaissé. On sent la tumeur dans le cul-de-sac latéral gauche.

2 août 1895. Hystérectomie abdominale gauche.

L'ovaire gauche est renversé en arrière de la tumeur et très adhérent. En le détachant j'ouvre une poche de sang noir très ancienne, comme une hématocèle. Je lie difficilement les vaisseaux utéro-ovariens, adhérents au fibrome. A droite, pas de difficulté. Dissection du péritoine en avant et en arrière du fibrome, perforation des culs-de-sac. Ligature des bases des ligaments larges comme d'habitude. Suture du péritoine. Description de la tumeur. Poids 2 kil. 200 grammes, forme allongée, gros vaisseaux veineux à sa surface. A la coupe : tumeur molle, spongieuse, parsemée de petits espaces lacunaires pleins de liquides analogues à du sérum sanguin.

Plusieurs petits fibromes dans le corps de l'utérus.

4 août. Pansement.

6 août. Un drain en T est mis au fond du vagin et l'on fait des injections matin et soir.

Guérison régulière.

HYSTÉRECTOMIE VAGINO-ABDOMINALE TOTALE POUR GROSSES TUMEURS UTÉRINES (1)

Par A. Mouloguet (d'Amiens),
Professeur à l'École de Médecine, chirurgien des hôpitaux.

J'ai pratiqué récemment quatre fois l'hystérectomie totale pour grosses tumeurs utérines remontant jusqu'à l'ombilic et au-dessus. Voici comment j'ai opéré :

La désinfection préalable des parois abdominales, de la vulve et du vagin étant faite depuis plusieurs jours, je commence l'opération comme si j'allais faire une hystérectomie vaginale ; c'est-à-dire que je me place et m'assois entre les jambes de la malade et que je fais relever fortement les cuisses sur le bassin. Et en effet le premier temps de l'opération est le même que celui de l'hystérectomie vaginale.

Application des valves, pincement du col, incision circulaire du vagin autour du col, décollement en avant et en arrière avec les doigts et la pointe des ciseaux. Dans les 4 cas j'ai ouvert le cul-de-sac péritonéal antérieur ; dans 2 cas seulement j'ai ouvert le cul-de-sac péritonéal postérieur.

Cela étant fait, je place une grande pince à mors longs (10 centimètres) sur la base des ligaments larges de chaque côté. Je leur fais mordre la base des ligaments larges sur une hauteur de 2 à 3 centimètres au plus. Deux fois après l'application de ces pinces j'ai réséqué d'un coup de bistouri le col utérin gros et suintant. Si la tranche vaginale saigne, j'applique dans le vagin un tampon de gaze iodoformée. Puis, après avoir recouvert d'une compresse stérilisée toute la partie des pinces, qui est en dehors du vagin, j'abandonne la voie vaginale d'une façon définitive pour ne plus y revenir, pour ne plus y toucher.

Je fais alors abaisser les cuisses de la malade, je m'assure d'une nouvelle désinfection de mes mains et de celles de mon

(1) Communication au *Congrès français de Chirurgie*. Séance de Paris, 21 au 29 octobre 1895.

aide et je reste placé entre les jambes de la malade, mon aide étant placé à sa gauche.

J'incise la paroi abdominale; j'attire la tumeur après l'avoir dégagée de ses adhérences, et je l'enserre aussi bas que possible avec un lien élastique serré et pincé entre les mors d'une pince. J'enlève toute la masse située au-dessus du lien élastique afin de voir et de manœuvrer facilement dans le petit bassin. Prenant alors dans la main gauche les ligaments larges, on sent et on voit les extrémités des mors des deux grandes pinces passées par le vagin et prenant la base des ligaments larges. Ces mors sont rendus saillants dans la cavité abdominale par une pression légère que l'aide exerce, entre les jambes de la malade, sur l'extrémité libre des pinces. Si le cul-de-sac postérieur n'a pas été ouvert dans le premier temps de l'opération, je l'ouvre par une incision transversale rasant l'utérus et réunissant les mors saillants des pinces facilement perçus avec la pulpe des doigts. Il en serait de même pour le cul-de-sac antérieur s'il n'avait point été ouvert dans le premier temps et ces points de repère pourraient dans certains cas faciliter singulièrement le décollement de la vessie.

Successivement alors, la main gauche prend chacun des ligaments larges entre le pouce et l'index et la main droite, desserrant la pince correspondante, l'enfonce, guidée par la main gauche et surveillée par l'œil de l'opérateur, jusqu'à ce qu'elle saisisse entre ses mors toute la hauteur du ligament large. On n'a plus qu'à sectionner ces ligaments larges en dedans des pinces et à extraire par l'abdomen le col et ce qui reste de la masse utérine. L'opération est terminée sans aucune ligature. Pour plus de sécurité au point de vue de l'hémostase et pour être certain que le sommet du ligament large, tendu parfois par le lien élastique, ne dérape point ultérieurement, je place sur ce sommet, en dedans de la grande pince, une pince longuette introduite par le vagin.

Je ferme le ventre et fais le pansement et avant de quitter la malade je place dans son vagin, traversé par les 4 pinces,

— les deux grandes utiles et les deux longuettes de précaution — une mèche de gaze iodoformée fortement chargée d'iodoforme.

Dans aucun de ces cas je n'ai été obligé de faire usage du plan incliné.

Le procédé que je viens de décrire ressemble beaucoup à celui que M. Richelot a préconisé récemment à la Société de chirurgie; mais il en diffère par des détails qui ont pour moi une réelle valeur ; et lui-même n'a-t-il pas dit que dans cette question de manuel opératoire les moindres détails acquéraient une grande importance?

Je dois dire d'abord que je suis un partisan convaincu de l'hystérectomie totale par la voie vaginale toutes les fois qu'elle est possible, car je l'ai pratiquée 69 fois avec des difficultés opératoires variables, pour affections diverses, fibromes moyens et petits, suppurations pelviennes et des annexes, kystes de l'ovaire méconnus, cancers utérins, et j'ai eu 69 succès. J'attribue la bénignité de cette opération au large drainage vaginal qu'elle assure. Donc, après avoir, comme la plupart de nos collègues, tâtonné longtemps et employé à diverses reprises les principaux procédés qui nous ont été décrits pour l'ablation des grosses tumeurs qu'on est obligé d'aborder par la voie abdominale, j'étais tout disposé à me rallier à l'opération qui semblerait mettre la malade dans les conditions les plus analogues à celles où la place l'hystérectomie vaginale. C'est ainsi que depuis près de deux ans j'assure toujours le drainage vaginal après une intervention abdominale périlleuse. C'est pourquoi je n'ai point hésité à pratiquer dans deux cas l'opération de M. Richelot et elle m'a donné deux succès.

Mais, comme beaucoup de chirurgiens, j'ai été effrayé de promener mes doigts et mes mains, à diverses reprises, de la vulve et du vagin dans la cavité abdominale. J'ai eu des difficultés pour inciser de haut en bas le cul-de-sac antérieur et le vagin. J'ai perforé avec inquiétude sur mon doigt la base du ligament large pour y introduire le mors postérieur de ma pince.

Ces inconvénients sont supprimés avec le procédé que j'expose :

1° Le vagin est dès le début incisé circulairement et le col réséqué, ou nettoyé, ou fermé, si l'on voit quelque inconvénient à le laisser intact.

2° Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont habituellement ouverts par le vagin, et les mors des pinces apparaissent dans l'abdomen dès que la tumeur est isolée. S'ils ne le sont pas, leur ouverture par l'abdomen devient très facile puisque l'aide, pressant sur l'extrémité libre des pinces déjà en place et dont les mors ont saisi la base des ligaments larges, rend ces mors saillants facilement appréciables à la vue et au toucher. On n'a qu'à réunir par une incision transversale en avant et en arrière, en rasant l'utérus, les extrémités saillantes de ces mors pour ouvrir les culs-de-sac.

3° L'application des pinces sur la base des ligaments larges par la voie vaginale ne m'inspire pas plus d'inquiétude, au point de vue du pincement des uretères, que dans l'hystérectomie vaginale ; et lorsqu'on enfonce les pinces pour saisir les ligaments larges sur toute leur hauteur elles sont accompagnées par la vue et le toucher.

4° Enfin, dès qu'on a abandonné la voie vaginale on n'a plus à y revenir, et l'on peut procéder, si l'on craint l'infection de ses mains, à un nouveau nettoyage définitif. Les pinces sont placées ; la main gauche ne quitte pas le ventre et la droite n'a, tout à la fin de l'opération, qu'à saisir les anneaux des pinces pour les ouvrir, les pousser jusqu'à ce qu'elles embrassent tout le ligament large, et les fermer.

OBSERVATIONS

Les quatre opérations que j'ai ainsi pratiquées ont été faites vite, facilement et d'une façon vraiment exsangue. Trois des malades ont guéri sans la moindre complication, la deuxième opérée est morte douze jours après l'intervention. Pour des raisons majeures, il m'avait été impossible de la revoir et

de la suivre. J'eus de bonnes nouvelles d'elle pendant une semaine et j'appris ultérieurement qu'elle était morte avec des accidents de péritonite. S'il ne s'agit pas d'une infection post-opératoire, si la malade a été contaminée pendant l'opération, les accidents ont été longs à se développer et s'il en est ainsi l'infection a dû se faire par la tumeur elle-même sphacélée au niveau de la tranche de section ou par l'ovaire adhérent, kystique, crevé dans le péritoine. Quoi qu'il en soit, n'est-il point permis de regretter qu'une nouvelle intervention n'ait pu être tentée pour conjurer cette péritonite lente ou tardive (mort après douze jours) ?

Obs. I. — L..., 43 ans. Femme nerveuse, sujette à des dyspepsies. A eu un seul enfant à l'âge de 20 ans. A part des règles abondantes et arrivant toutes les trois semaines, l'attention de la malade n'avait point été attirée du côté de son ventre jusque il y a un mois où des douleurs assez vives lui firent consulter son médecin qui constata la tumeur utérine. État général bon.

Tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, médiane, immobile et enclavée dans le petit bassin, très dure. Col porté en avant ; culs-de-sac vaginaux effacés, cavité utérine, 12 centim. Diagnostic : Fibrome utérin ayant envahi tout le segment inférieur de l'utérus.

Opération, le 4 mai. — Premier temps de l'hystérectomie vaginale : incision circulaire du vagin, ouverture des culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur, longues pinces posées sur la base des ligaments larges, 2 petites pinces provisoires et tamponnement sur la tranche vaginale saignant.

Ouverture du ventre ; il est impossible de mobiliser la tumeur, enclavée dans le bassin, semblant former deux lobes avec un rétrécissement au niveau du détroit supérieur. Incision verticale sur la tumeur et morcellement du centre avec perte de sang peu abondante. Dissection d'avec la vessie en avant. Sitôt que la tumeur peut être dégagée, elle est enserrée dans un lien de caoutchouc et enlevée. Mais il reste un gros pédicule. Néanmoins il est facile de sentir les mors des pinces et de les pousser en les conduisant sur les doigts jusqu'au sommet des ligaments larges. Les trompes et les ovaires sont enlevés en même temps que le moignon. Trois plans de suture sur la paroi abdominale. Drainage

vaginal iodoformé. L'opération compliquée par le morcellement de la tumeur a été relativement assez longue.

Suites. — Pinces enlevées après 30 heures. Au moment de l'ablation de la pince du ligament gauche, il s'écoule un jet de sang venu de la base du ligament (utérine). Une petite pince l'arrête et reste 24 heures en plus. A part cet incident, les suites ont été normales : vomissements chloroformiques pendant 36 heures. Le pouls est resté à 80. La température a oscillé régulièrement entre 36°,8 et 37°,4. Je n'ai à signaler que des troubles gastriques qui ont accompagné la convalescence de la malade. Durée du séjour au lit, 22 jours. Actuellement elle va très bien.

Obs. II. — D..., 32 ans, femme petite, nerveuse, sans enfants ni fausse couche. A accusé de tout temps des douleurs vives au moment des règles, d'ailleurs peu abondantes. Pas de leucorrhée habituelle. Ventre souple, non douloureux, sauf au niveau de la tumeur qui est allongée, occupant tout le flanc droit jusqu'à deux doigts au-dessus de l'ombilic, débordant à gauche la ligne médiane. Tumeur dure, paraît mobile en masse. Col dur, allongé, abaissé, conique, dévié à droite ; en avant et en arrière du col, tumeur dure se continuant avec la masse abdominale.

Opération. — Premier temps de l'hystérectomie vaginale ; ouverture du cul-de-sac antérieur ; tranche vaginale saignant, et après le placement des deux grandes pinces, tamponnement léger du vagin.

Ouverture du ventre. Adhérences du feuillet pariétal avec la face antérieure de la tumeur. Ovaires situés très bas dans le petit bassin, gros ; le droit, adhérent à l'intestin, est kystique et se crève au moment de la dissection. Lien élastique jeté aussi bas que possible. Ablation de la tumeur d'aspect et de consistance fibreux, mais avec une cavité sphacélée ouverte sur la tranche de section. La fin de l'opération n'offre aucune difficulté et est menée très rapidement. Ouverture du cul-de-sac postérieur. Prise par les pinces des ligaments larges, et pinces longuettes de sûreté sur le sommet. Ablation du moignon. Trois plans de suture sur la paroi abdominale. Ablation du tamponnement vaginal qui est remplacé par une mèche iodoformée.

Suites. — A partir du lendemain, il m'a été impossible de revoir la malade. J'ai appris ultérieurement que dès le quatrième jour elle avait eu un peu de fièvre 38°, 38°,5 et qu'après être

passée par des alternatives de mieux et de pire elle avait succombé à la fin du douzième jour à des accidents de péritonite.

Obs. III. — P..., 40 ans. Mère morte de cancer utérin. A eu 3 enfants, le dernier il y a 7 ans. A cette époque elle avait une tumeur utérine, car sa grossesse fut longtemps discutée par d'éminents chirurgiens de Paris à cause, sans doute, de la présence de ce corps étranger. L'accouchement se fit dans de bonnes conditions et la malade continua à vivre avec quelques douleurs dans le ventre, des règles abondantes et sa tumeur qui était mobile, qu'elle sentait avec ses mains et déplaçait à volonté. Depuis un an les hémorrhagies sont plus abondantes ; et il y a un écoulement vaginal muco-roussâtre, presque continuel. La tumeur a pris un développement rapide; elle dépasse l'ombilic, elle est unie, régulière, mobile. Le col est dur, entr'ouvert, très volumineux ; la cavité utérine mesure 15 centim. L'état général est devenu mauvais ; elle a maigri et son teint très anémique est jaunâtre.

Opération, le 22 juin. — Ouverture par le vagin des culs-de-sac antérieur et postérieur. Placement des pinces. Résection du col.

Ouverture de l'abdomen. Tumeur sans adhérences, facile à extraire; ligature élastique sur le col et ablation de la tumeur. Pinces enfoncées jusqu'au sommet des ligaments larges. Ablation du moignon. Pince de sûreté en dedans des grandes pinces sur le sommet du ligament de chaque côté. Trois plans de sutures abdominales. Drainage vaginal.

L'opération a été extrêmement rapide, sans incident opératoire, minime et absolument exsangue.

A la coupe, la tumeur, qui a envahi régulièrement les parois utérines, paraît constituée par un énorme myôme utérin.

Suites normales, sans vomissements, sans ascension thermique, une prostration assez marquée pendant 2 jours avec pouls rapide. Ablation des pinces après 48 heures. Repos au lit pendant 20 jours, Actuellement la malade, qui a repris son teint coloré et son embonpoint, va très bien.

Obs. IV. — B..., 60 ans. N'a jamais eu d'enfant. État général peu satisfaisant. Femme grosse mais à tissus flasques et pâles. Toujours réglée abondamment, n'a pas eu de ménopause ; pertes plus abondantes vers 50 ans quoique assez régulières. Depuis 5 à

6 mois, écoulements de sang presque continuels et irréguliers.

Tumeur remontant à 3 doigts au-dessus de l'ombilic, mobilisable. Col utérin situé très haut. Vagin étroit et profond, rétracté, peu dilatable.

Opération. — Malade opérée le 20 juillet. Cet état du vagin rend le 1er temps de l'opération très difficile. Cependant je suis arrivé à placer les valves, à attirer le col utérin qui est friable et à ouvrir le cul-de-sac antérieur. Après le placement des deux grandes pinces, j'ai réséqué le col aussi haut que possible.

Après l'ouverture du ventre et la séparation d'adhérences épiploïques, j'enlève la masse morbide en même temps que les trompes et les ovaires accolés à la tumeur. L'ouverture du cul-de-sac postérieur, la dissection du moignon enserré par le lien élastique et son ablation sont faciles après le pincement total des ligaments larges par les pinces vaginales poussées jusqu'à leur sommet. La tumeur est ramollie et paraît dégénérée par places.

Rien à signaler dans les *suites opératoires*, sinon leur bénignité absolue. Cette malade, déjà vieille, ne semble point avoir supporté un traumatisme grave. Pinces laissées en place 42 heures. Repos au lit pendant 16 jours.

DE L'EXTIRPATION DES FIBROMES DES LIGAMENTS LARGES

Par le Dr **Vautrin**, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

I

Depuis bientôt dix ans, la chirurgie abdominale bat son plein et les nombreuses observations publiées forment déjà un total assez important pour qu'on puisse établir le bilan de chacune des affections qui ont pour siège l'appareil génital de la femme. Les tumeurs des ligaments larges n'ont jamais beaucoup attiré l'attention parce qu'elles sont rares; cependant les kystes font l'objet de descriptions spéciales dans tous les traités de gynécologie. Les fibromyômes ligamentaires n'ont été observés qu'exceptionnellement; on en compte les cas publiés, puisque Bilfinger, dans une thèse

publiée à Wurzbourg en 1887, en rapportait seulement 14. Depuis cette époque de nouveaux faits ont été rassemblés, mais d'après mes recherches, le nombre total ne dépasserait guère 40 cas dont plusieurs rencontrés dans les autopsies Une thèse soutenue à Nancy, en 1892, a recueilli 39 observations de fibromyômes nés dans le ligament large. En ajoutant un cas rapporté par Pollosson, un autre par Binaud dans la *Gazette médicale de Bordeaux* en 1893, et l'observation que je mentionne plus loin, la liste des fibromes nés dans le ligament large se borne à 42 faits, à l'aide desquels on doit tracer aujourd'hui l'histoire clinique de cette intéressante affection.

Les thèses de Bilfinger et de Lang, la communication de Gross au Congrès de chirurgie de 1892, sont les travaux d'ensemble les plus importants sur la question. Il est vrai que d'autres auteurs, Kiwisch, Scanzoni, Klob, Veit, Virchow, Schetelig, Sänger, s'étaient antérieurement occupés des tumeurs issues des ligaments larges et de leur origine. Les fibromyômes naissent-ils dans le ligament large, aux dépens des éléments qui y sont contenus, ou proviennent-ils de l'utérus? Telles sont les deux questions qui semblent avoir suffi à exercer la sagacité des pathologistes et des cliniciens jusqu'à aujourd'hui. Le résultat des discussions engagées a été de diviser les opinions en deux camps : les unes favorables à l'hypothèse de l'origine primitive des fibromyômes dans le ligament large, les autres se rattachant à l'idée de tumeurs nées sur les bords latéraux de l'utérus et séparées ensuite de cet organe par atrophie du pédicule. Tout en croyant au développement possible des fibromes dans les ligaments larges, ainsi que le démontrent les observations de myômes pédiculés rencontrés par Mikulicz, Sänger, Bilfinger, Doran, Gross et Binaud; je reste persuadé que bon nombre de ces tumeurs naissent au voisinage de la matrice, là où les fibres musculaires, lisses, encore serrées, quittent l'organe pour s'étaler entre les feuillets ligamentaires. Rouget avait le premier bien mis en lumière l'existence et la disposition des fibres lisses, mais Henle et Luschka ont, après des recherches

minutieuses, insisté particulièrement sur l'épanouissement des tractus musculaires de l'utérus dans les ligaments, les représentant comme des faisceaux assez denses sur les bords utérins, s'étalant et se pénicillant ensuite au milieu du tissu conjonctif intra-ligamentaire. « La partie inférieure des liga-« ments, dit Luschka, contient surtout beaucoup de vais-« seaux sanguins et lymphatiques et des fibres musculaires « lisses qui rayonnent transversalement de la surface de « l'utérus entre les feuillets de ces ligaments. Pendant la « grossesse, ces organes acquièrent, parmi les autres « annexes, un volume et une résistance remarquables. J'ai « constaté les mêmes modifications dans les cas de prolapsus « utérin et lorsque les ligaments subissent un tiraillement « considérable. » Il est difficile, en parcourant les observations, de se faire une idée exacte du point d'origine des fibromes ligamentaires. En laissant à part les tumeurs pédiculées, qui toutes, d'après les relations cliniques, avaient pour base d'implantation le voisinage des ailerons ligamentaires, je crois avoir remarqué que le fibrome se développe avec une certaine prédilection dans les parties les plus riches en fibres lisses, c'est-à-dire dans la région juxta-utérine. C'est ce qui a donné lieu à l'idée de leur point d'origine constant dans le tissu utérin. Les fibromyômes nés dans les faisceaux assez denses avoisinant la matrice, trouvent dans cet espace, non seulement un stroma abondant de fibres lisses, mais encore des vaisseaux nombreux qui apportent les éléments indispensables à la tumeur, pour prendre un volume considérable. L'artère utérine avec ses nombreuses branches et les veines volumineuses qui l'accompagnent, assurent au fibrome une vitalité aussi riche et peut-être plus riche encore que s'il siégeait en plein tissu utérin. Aussi ne doit-on pas s'étonner de voir le fibromyôme du ligament large suivre un développement parfois considérable. Billroth, d'après Buschmann, a extirpé un fibrome du poids de 18 kilog., Rydigier un de 15 kilog. ; les tumeurs enlevées par Sänger et par Schmid pesaient 8 kilog. ; celle que j'ai opérée

dépassait 7 kilog. On en trouve encore plusieurs parmi les observations publiées qui pesaient 5 kilog., 3 kilog., etc. Il est à remarquer que les plus petits fibromes signalés ont été rencontrés soit au centre de l'espace ligamentaire sous forme de petites nodosités, inoffensives en général pour les malades, soit libres dans la cavité abdominale sous la forme de fibromes pédiculés.

Le fibrome que j'ai eu l'occasion d'observer, avait pris naissance dans la partie inféro-interne du ligament large au voisinage des vaisseaux utérins et du segment inférieur de la matrice. On constatait au niveau de son point d'implantation deux faisceaux de fibres musculaires lisses très épais, larges de trois travers de doigt environ, qui se rendaient l'un à la face antérieure, l'autre à la face postérieure de l'utérus. Nul doute que ces lames musculaires épaissies et hypertrophiées, représentaient les nappes de fibres lisses qui se rendent normalement des faces de l'utérus dans toute l'étendue des ligaments larges.

Seulement ces faisceaux s'étaient développés sous l'influence du processus pathologique au contact de la tumeur. On conçoit aisément que certains auteurs aient été tentés de considérer les tractus de fibres musculaires lisses qui servent de trait d'union entre la matrice et le fibrome interligamentaire comme un pédicule indiquant une origine utérine de la tumeur. Kiwisch, l'un des premiers, frappé de l'existence de certaines connexions entre l'utérus et le fibrome intraligamentaire, avait émis l'idée que de petites tumeurs fibreuses pouvaient bien naître dans les ligaments larges, mais que tous les gros fibromes émanaient de l'utérus et s'en séparaient plus ou moins dans la suite. Scanzoni développa la même théorie.

Pour détruire ces hypothèses, il suffit de vérifier, comme je l'ai fait dans l'observation que je rapporte plus loin, que l'utérus a conservé toute son intégrité sur sa portion latérale correspondante, qu'il n'a subi aucune perte de substance indiquant qu'une tumeur a pu exister dans son parenchyme

et s'en séparer à une époque ultérieure, et qu'il ne porte aucun autre fibrome pouvant faire songer à une dégénérescence fibroïde. De plus, l'examen des tissus qui entourent la base de la tumeur, démontre qu'il ne s'agit pas là d'un pédicule de fibrome, mais bien de faisceaux étalés, où le tissu fibreux est relativement rare, où les fibres musculaires lisses abondent et sont disposées en lames régulières allant se perdre sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Ces constatations bien établies m'ont permis d'affirmer l'origine ligamentaire de la tumeur que j'ai observée; elles montrent aussi que l'opinion de Kiwisch et de Scanzoni est erronée et que l'on peut rencontrer dans les ligaments larges des fibromyômes de volume considérable, à évolution à la fois pelvienne et abdominale.

Le point d'origine de la tumeur dans l'angle inféro-interne du ligament large, loin du siège de l'ovaire, de la trompe, du ligament rond et des débris ovariques errants que l'on rencontre parfois à la partie supérieure des replis ligamentaires, loin également des canaux de Gærtner, de l'organe de Rosenmuller et des points où l'on peut rencontrer des débris erratiques des capsules surrénales (Dagonet, Marchand, Chiari), démontre que la production pathologique s'est bien développée au milieu des fibres musculaires lisses et non aux dépens d'autres organes ou de débris d'organes embryonnaires.

Les fibromyômes nés dans la partie profonde du ligament large, dans la région si abondamment irriguée par l'artère utérine, sont destinés à acquérir un développement exubérant. Hofmeier a bien montré l'influence exercée par la vascularisation sur l'accroissement des fibromes utérins et ligamentaires. La conséquence de cette distribution sanguine si importante, se fait sentir dans la constitution de la tumeur et dans son voisinage. En lisant les observations on est frappé de la presqu'unanimité des auteurs à constater l'abondance de l'irrigation interstitielle des gros fibromes interligamentaires et leur tendance à devenir œdémateux.

Dans la généralité des cas de corps fibreux assez volumineux, il est mentionné qu'un œdème plus ou moins intense avait envahi la tumeur. Cette circonstance rend l'opération plus difficile, en diminuant la résistance du fibrome et en rendant ses limites moins distinctes. Quelle est la cause de cet œdème? S'agit-il d'une gêne de la circulation en retour, produite par le volume de la tumeur, ou faut-il penser à une dégénérescence spéciale du fibromyôme ?

Il est à remarquer que le stroma du fibromyôme ligamentaire n'est jamais aussi serré et aussi dur que celui des fibromes utérins. On y remarque des espaces irréguliers entre les faisceaux fibreux, des cavités remplies d'un liquide gélatineux et transparent. Certaines de ces tumeurs prennent même la forme caverneuse, comme Schetelig en a observé un exemple, ou l'aspect du fibrome kystique comme dans les observations de Gayet, de Freund, et de Chémieux. La constitution du fibromyôme ligamentaire, avec son stroma relativement peu dense et sa facilité d'expansion entre les feuillets péritonéaux qui l'entourent, se prête admirablement à l'extravasation interstitielle de liquide et à l'œdème.

Le fibromyôme ligamentaire se fait encore remarquer par l'énorme vascularisation qui existe à sa périphérie. Plus son volume est considérable, plus les vaisseaux veineux apparaissent dilatés et nombreux. Les fibromes de moyen volume n'ont parfois qu'un pédicule vasculaire insignifiant, qu'une seule ligature peut étreindre. Ceux qui prennent naissance aux environs de l'artère utérine, dans la partie inférieure du ligament large, sont au contraire richement vascularisés.

Le tissu qui les entoure est parcouru par un réseau de veines et de lymphatiques très serré. La capsule de ces tumeurs est sillonnée de veines énormes comme on n'en trouve jamais sur les fibromes utérins.

La décortication ne se fait pas sans danger, surtout aux environs de la partie inférieure de la tumeur ; parfois même, comme dans le cas de Gayet, elle est impossible ou trop scabreuse, et le chirurgien est forcé de terminer par une

ligature en masse, pour ne pas perdre sa malade d'hémorrhagie. Billroth, dans une de ses opérations, eut affaire à un fibrome tellement vasculaire qu'une simple ponction détermina une hémorrhagie qui faillit être mortelle.

Je rencontrai dans le cas qui fait l'objet de ce travail, un fibrome très volumineux, compris dans les feuillets ligamentaires très distendus. Je fus effrayé d'abord par le grand nombre, le volume des veines qui apparaissaient par transparence à travers la séreuse et je ne dus le salut de la malade qu'au procédé que j'employai pour l'extirpation.

L'œdème de la tumeur et l'importance de sa vascularisation ne sont pas les seuls obstacles qui se dressent devant le chirurgien dans l'extirpation des fibromyômes ligamentaires. Une autre difficulté réside dans la libération des adhérences qui existent généralement avec l'épiploon ou le péritoine pariétal.

Dans la majorité des observations on trouve en effet signalée la présence d'adhérences avec l'épiploon ou la paroi abdominale.

Dans le cas de Billroth, il existait des adhérences tellement intimes avec le rein gauche et la capsule surrénale correspondante, que le chirurgien dut enlever ces organes en même temps que le fibrome.

II

On a beaucoup discuté dans ces dernières années sur la pathogénie des fibromyômes des ligaments larges. Les auteurs qui ont traité ce sujet n'ont point envisagé la question si importante du traitement. C'est le traitement des fibromyômes ligamentaires que je voudrais exposer dans cette communication, me basant sur les données éparses dans les observations que j'ai parcourues et sur les résultats de ma pratique personnelle.

Au point de vue de l'extirpation des fibromes ligamentaires, il me semble rationnel de diviser ces tumeurs en trois

catégories : les *fibromes pédiculés*, les *fibromes de moyen volume et les fibromes énormes*. Je ne m'occupe pas ici des fibromyômes de petit volume qui ne causent aucun trouble, ne subissent aucun accroissement et ne nécessitent pas par conséquent une intervention. Ces petites tumeurs, dont on connaît un certain nombre d'exemples, ont d'ailleurs été dans presque tous les cas des trouvailles d'autopsie.

Les *fibromes pédiculés* du ligament large, dont on connaît six observations (Mikulicz, Sänger, Bilfinger, Doran, Gross, Binaud), sont les tumeurs qui comme thérapeutique prêtent le moins à discussion.

En effet, le traitement est simple et se borne à la ligature du pédicule à l'aide d'un fort fil de soie, suivie d'excision. C'est ce que les opérateurs ont fait et cependant on a enregistré quelques accidents. Ainsi sur les cinq cas qui ont donné lieu à une intervention, Sänger vit la guérison retardée par l'apparition d'une pelvi-péritonite circonscrite qui amena la formation autour du pédicule d'un exsudat assez considérable, et fixa l'utérus en rétroversion. Il est vrai que l'opération pratiquée par Sänger avait été rendue difficile par les adhérences et le volume de la tumeur fortement œdématiée. Dans un autre cas, Mikulicz après ligature du pédicule vit survenir une hémorrhagie intra-abdominale suivie d'une suppuration dans le bassin. Gross observa, vers le dixième jour après l'opération, un léger endolorissement et de la tuméfaction dans la région du pédicule. Un phlegmon se déclara et se fit jour au niveau de la partie inférieure de la ligne des sutures et retarda momentanément la guérison définitive. Les opérées de Doran et de Binaud guérirent sans encombre.

En somme, sur cinq ablations de fibromes pédiculés, trois fois il y eut complication d'hémorrhagie secondaire. Faut-il admettre que dans ces trois faits, il y eut insuffisance de striction du fil de ligature; on doit donc penser à la rupture d'un vaisseau en amont? Aucun renseignement ne permet de trancher la question.

Les fibromes ligamentaires de moyen volume représentent un contingent assez nombreux. Ce sont les tumeurs les plus communes et bien que leur extirpation soit plus difficile que celle des myômes pédiculés, elle est cependant d'une pratique assez simple. La méthode de choix est l'énucléation. Comme ces tumeurs comprises entre les feuillets ligamentaires n'ont jamais de connexions vasculaires très étendues, il suffit, après avoir ouvert la cavité abdominale et mis à jour le fibrome et l'utérus, d'inciser l'enveloppe séreuse ligamentaire parallèlement à la direction de la trompe et des vaisseaux utéro-ovariens. Cette incision prolongée autant qu'il le faut pour laisser passer le plus grand diamètre de la tumeur, ne donne en général que peu de sang. Elle permet l'introduction du doigt et de la main, qui circonscrivent successivement le fibrome en suivant sa capsule. Dès que la décortication est ainsi amorcée, on se trouve très bien d'enfoncer dans la tumeur si elle est résistante (ce qui a lieu pour les fibromes de volume moyen), un extracteur en forme de gros tire-bouchon, analogue à l'instrument dont je me sers depuis longtemps déjà pour sortir les gros fibromes utérins de la cavité abdominale. Bien que je n'aie pas réalisé cette expérience pour les fibromes ligamentaires de petites dimensions, je suis persuadé que la simple traction suffirait à énucléer la tumeur de sa loge celluleuse où de maigres tractus celluleux la maintiennent emprisonnée. Si un pédicule se présente, reliant le fibrome à l'utérus ou à la base du ligament large, rien n'est plus facile alors que de le serrer dans une pince et de le lier au-dessous. Les fibromyômes de dimensions restreintes ne peuvent donc embarrasser le chirurgien, même s'il est nécessaire de lier les vaisseaux utéro-ovariens, d'extirper les annexes ou de libérer des adhérences avec l'uretère, comme dans un cas de Freund. Il importe seulement d'être attentif à suivre exactement la configuration de la tumeur en énucléant et à ne sectionner aucune portion de tissu sans l'avoir dûment examinée et reconnue.

On pourra demander quelle limite j'assigne entre les

fibromes de moyen volume et les fibromes énormes. Cette distinction est évidemment arbitraire, mais je considère qu'une tumeur ligamentaire qui n'a point fortement déplacé l'utérus et qui laisse cet organe indépendant et relativement mobile, qui ne repousse pas le plancher pelvien et ne dépasse pas sensiblement en tout les limites du bassin, dont l'évolution en un mot est restée pelvienne, est justiciable de l'énucléation. Le poids de telles tumeurs n'excède guère 2 à 3 kilogr. Il en est de beaucoup plus petites. Martin de Berlin, Tillaux, Terrier, Holmes, Freund, Rokitansky, Schrœder, Pollosson, ont opéré des fibromyômes de volume moyen, et dans toutes ces observations, on trouve noté que l'énucléation par voie abdominale a été facile et que la guérison s'est effectuée sans accidents. Dès lors il semble inutile de recourir à une autre méthode que l'énucléation par voie abdominale pour les fibromes ligamentaires peu considérables. Cependant, on a proposé d'opérer ces tumeurs par la voie vaginale et Pollosson a recommandé la voie parapéritonéale.

Pour que la voie vaginale pût être utilisée dans des cas de ce genre, diverses conditions devraient se trouver réalisées. En premier lieu le diagnostic de fibrome ligamentaire, sans connexion avec l'utérus, devrait être posé d'une manière certaine, ce qui *a priori* parait bien difficile sinon impossible. En second lieu, il faudrait que la tumeur fût aisément accessible par le vagin, afin que par morcellement elle pût être réduite, puis extirpée. La voie destinée à ces manœuvres ne pourrait être très large, car les instruments du chirurgien devraient constamment évoluer au fond du cul-de-sac latéral du vagin entre l'utérus et la paroi pelvienne, autour de l'uretère qui courrait grand risque. Il me paraîtrait plus prudent et moins dangereux de pratiquer d'abord l'hystérectomie vaginale et d'enlever ensuite le fibrome par énucléation ou morcellement. Mais alors l'opération est complexe et la mutilation est considérable, disproportionnée avec l'importance de la lésion, surtout à l'âge où l'on observe les fibromes. Tout plaide donc en faveur de la voie abdominale qui permet

de rectifier un diagnostic souvent erroné et d'opérer avec le minimum de sacrifices et le maximum de sécurité.

A. Pollosson se trouvant en face d'une tumeur ligamentaire profondément enclavée dans le pelvis, renonça à l'enlever par la voie abdominale et choisit la voie para-péritonéale qui lui permit d'aller chercher profondément le fibrome et de l'extirper avec assez de facilité. Le succès engagea A. Pollosson à conseiller, dans des cas semblables au sien, la laparotomie sous-péritonéale exécutée à l'aide de l'incision employée pour la ligature de l'iliaque externe. Mais la voie para-péritonéale paraîtra à d'aucuns un chemin bien détourné pour aborder une tumeur ligamentaire, surtout lorsque de nombreuses veines et des organes comme l'intestin, la vessie et l'uretère se trouvent accolés et risquent d'être blessés par une fausse manœuvre. En aucun cas l'incision latérale ne donnera le même jour, ni le même libre accès jusqu'au plancher du bassin que la voie abdominale. D'ailleurs si Pollosson a renoncé à l'extirpation par l'abdomen, c'est, dit-il, parce que la tumeur fut trouvée plongeant si profondément qu'elle ne put être saisie. Or rien n'est plus simple que de saisir et de rendre accessible une tumeur siégeant profondément dans le tissu cellulaire ligamentaire, à l'aide des moyens de préhension que je signalais plus haut. Il suffit pour cela qu'une minime partie de la surface du fibrome devienne visible après incision du revêtement péritonéal, afin d'y enfoncer l'extracteur. Une traction modérée permettra ensuite d'attirer la tumeur à portée de la main de l'opérateur et de l'énucléer peu à peu.

Malgré les dimensions assez restreintes des fibromes de cette catégorie, on trouve signalée dans plusieurs observations l'existence de troncs veineux très dilatés à la périphérie de la tumeur. Terrier remarqua le fait au cours de l'énucléation d'un myôme ligamentaire, et Tillaux dut même pratiquer secondairement l'ablation d'un énorme varicocèle utéro-ovarien, développé au-dessus d'un petit fibrome dont l'énucléation avait été facile.

Lorsque l'énucléation de la tumeur est terminée il, y a en général fort peu de ligatures à placer sur les vaisseaux. La cavité intraligamentaire a aussitôt tendance à se combler par rétraction de ses parois, et quelques points disposés en capiton assurent la juxtaposition des surfaces cruentées. Toutefois l'espace vide paraît trop considérable pour tenter une réunion par adaptation immédiate des parois ; il est préférable de suturer les bords de cet espace à la partie inférieure de la plaie abdominale et de drainer.

Le traitement des fibromes énormes ligamentaires est beaucoup plus compliqué. La mortalité est du reste très élevée, puisque sur neuf observations que j'ai pu recueillir, je compte six morts. Les opérateurs étaient cependant des chirurgiens très expérimentés ainsi que ces noms en font foi : Billroth, Gayet, Bardenheuer, Freund, Lœngner, Fenger, Tedenat, Rydigier. Les opérées de Freund, Rydigier et la mienne ont guéri.

Dans le cas de fibrome ligamentaire énorme, le bassin est généralement rempli par la tumeur qui déborde dans la cavité abdominale. Cette dernière est plus ou moins remplie et distendue. La malade que j'ai observée portait une hernie ombilicale volumineuse, irréductible à cause de la présence de la tumeur qui remontait jusqu'aux hypochondres. L'utérus est habituellement rejeté sur le côté, tantôt remonté, tantôt repoussé en bas et latéralement, suivant le point d'origine du fibrome. On le trouve aussi dans certains cas en avant ou en arrière de la tumeur, lorsque celle-ci a pris son développement en soulevant le péritoine qui recouvre l'une ou l'autre face utérine. Il est même des cas où le myôme né dans un ligament, s'insinue en avant ou en arrière de l'utérus en décollant le péritoine et prend son développement dans l'espace ligamentaire du côté opposé. Schrœder a observé un fait de fibromyôme à évolution bilatérale. Celui que j'ai extirpé s'était porté à la partie antérieure de la matrice, en décollant la vessie, de telle sorte que l'organe était repoussé en bas et en arrière. En se développant les

fibromyômes du ligament large envoient dans des sens différents, des prolongements qui grossissent à leur tour, poussent de nouveaux nodules dans les espaces cellulaires voisins, de sorte qu'après l'extirpation on a affaire à une tumeur très irrégulière qui reproduit assez bien la conformation du bassin avec des saillies et des dépressions correspondant aux organes pelviens. Tédenat a opéré une tumeur de ce genre dont les lobes occupaient le fond du pelvis et passaient même en avant de l'utérus. Dans une seule observation, celle de Rydigier, il est fait mention d'un fibromyôme de 30 livres et demie qui n'occupait par sa base que la partie supérieure de l'espace intraligamentaire et qui fut extirpé facilement par énucléation. Dans chacun des autres cas, les fibromes avaient envahi tout le bassin, immobilisé l'utérus, changé les rapports de la vessie ou du rectum, si bien qu'on n'eût pu dire *a priori* (ce qui est important pour le diagnostic et le traitement), si la tumeur était utérine ou juxta-utérine. Sous le rapport du diagnostic il n'est guère possible d'utiliser les données de l'examen vaginal, parce que l'utérus est généralement inaccessible. Lorsque le cathétérisme peut être pratiqué, il peut donner des renseignements utiles, car on trouve la cavité utérine normale ou à peu près comme profondeur, souvent même diminuée, ainsi que je l'ai trouvé noté dans plusieurs observations. Ni l'absence de métrorrhagie, ni la normalité de l'étendue de la cavité utérine ne peuvent permettre de reconnaître sûrement avant l'opération, l'origine ligamentaire d'un gros fibrome. Si l'examen de la malade et l'exploration directe, le ventre ouvert, ne parviennent pas généralement à montrer les rapports de l'utérus et de la tumeur, il est toujours plus simple de les considérer comme dépendants l'un de l'autre sans chercher à les séparer et d'enlever la matrice avec le fibrome. J'irai même plus loin. Mettant à part les cas analogues à celui de Rydigier où un fibrome volumineux ne prend qu'une insertion limitée dans l'un des ligaments et peut être enlevé par énucléation, je considère

comme une indication formelle à faire l'hystérectomie, l'existence d'un gros fibrome, inclus dans le ligament large et remplissant le bassin. J'appuie cette opinion sur l'analyse des observations rapportées par les auteurs qui ont opéré des cas de ce genre. Tous, sauf Freund, ont vu mourir leurs patientes par le choc et surtout par l'hémorrhagie. C'est qu'il est, en effet, bien malaisé de faire l'énucléation d'une énorme tumeur irrégulière, dont les lobes se sont insinués dans tous les points du bassin, au milieu d'un réseau veineux aussi riche que fragile. La décortication du fibrome devient surtout pénible à la partie inférieure, là précisément où les artères et les veines sont nombreuses et où l'uretère peut être intéressé. En ces régions profondes, inaccessibles au rayon visuel de l'opérateur, le doigt travaille seul avec l'instrument tranchant. Le sang vient-il à couler, on pince au hasard et presque toujours sans résultat. Une adhérence forte se présente-t-elle, on la sectionne aux ciseaux, au risque de léser les organes voisins. C'est ainsi que Bardenheuer a blessé le rectum et que d'autres opérateurs ont déterminé des hémorrhagies suivies d'anémie aiguë tellement prononcée que les patientes n'ont pu s'en relever. Gayet, dans un de ces cas difficiles, dut se résoudre à laisser en place une partie de la tumeur qu'il traita comme un pédicule intra-péritonéal. La malade succomba à des accidents septiques. Tédenat ne put terminer son opération qu'après des difficultés inouïes ; l'hémorrhagie fut tellement abondante que la malade succomba dès le premier jour.

Pour chercher à conjurer ces hémorrhagies foudroyantes, il faut se faire une idée exacte de la circulation du ligament large et des voies qui amènent et ramènent le sang de la tumeur. Il est à remarquer que dans le cas de fibromyôme ligamentaire, non seulement les branches vasculaires de l'artère et des veines utérines sont augmentées de volume, mais encore les plexus utéro-ovariens. D'autre part, comme les fibromes énormes déplacent l'utérus et l'entourent parfois,

il en résulte qu'ils participent plus ou moins à la circulation de cet organe ; de là les anastomoses vasculaires nombreuses qui existent de ce côté. Il n'est pas jusqu'aux plexus ovariens ou utérins du ligament opposé qui ne subissent aussi une ectasie prononcée. Enlever une tumeur très vasculaire du ligament large sans oblitérer d'abord les vaisseaux utéro-ovariens qui se rendent à l'utérus, c'est s'exposer à des hémorrhagies dangereuses. L'ablation de la matrice avec le fibrome est le plus sûr moyen d'éviter un perte de sang considérable et de simplifier le temps de l'énucléation. Mais, pour cela, il faut pratiquer l'hystérectomie totale par la voie abdominale. Il est inutile, en effet, de songer à prendre la méthode abdomino-vaginale qui serait impraticable avec des tumeurs intra-ligamentaires de ce genre et une cavité d'énucléation aussi vaste. En faisant l'ablation simultanée et totale du fibromyôme et de l'utérus, on se trouve dans le cas de l'extirpation d'une tumeur d'origine utérine ayant pris son développement entre les feuillets ligamentaires ; l'hémorrhagie n'est pas plus à redouter, et l'opération n'a pas une plus longue durée. Voici une observation qui vient à l'appui de cette thèse.

Observation. — Mme G..., âgée de 47 ans, a été jusqu'à ces dernières années d'une bonne santé régulière. Rien d'important à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels, si ce n'est une otite scléreuse, bilatérale qui a fortement diminué l'audition.

Il y a deux ans, Mme G... s'est aperçue que son ventre grossissait en même temps que la durée de ses règles augmentait, sans que la régularité menstruelle fût modifiée. Des douleurs dans le bas-ventre et dans les membres inférieurs, surtout du côté droit, ont apparu et sont devenues plus fréquentes à mesure que l'abdomen se développait. Les fonctions intestinales et urinaires sont gênées depuis longtemps déjà. La constipation est presque continuelle et la défécation est difficile. La miction s'accomplit lentement et péniblement; la malade l'accentue sensiblement depuis quelque temps en pressant à l'aide de ses deux mains sur le bas-ventre.

Depuis neuf ans, Mme G... porte une hernie ombilicale, qui a

beaucoup grossi dans ces derniers mois, depuis que la tumeur a envahi la plus grande partie de la cavité abdominale. Cette hernie peut être réduite lorsque la malade occupe la position couchée, à part toutefois une portion d'épiploon adhérente au sac.

État actuel. — L'abdomen est très volumineux et irrégulièrement développé. La partie sous-ombilicale est surtout saillante. Au niveau de l'ombilic, on perçoit un anneau de dimensions plus grandes qu'une pièce de cinq francs et au-dessous une masse molle d'épiploon qui au moindre effort tend à s'engager dans le sac herniaire. L'abdomen est distendu par une énorme tumeur remontant à plus de trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et s'étendant transversalement dans les fosses iliaques et lombaires : du côté gauche un lobe se prolonge jusque sous le rebord costal. La tumeur est de consistance égale partout, ferme et résistante. Il existe de la matité sur toute sa surface et de la sonorité sur ses limites supérieures et latérales. Elle ne peut être mobilisée en aucune façon. La palpation n'est pas douloureuse; au toucher vaginal, on sent dans le cul-de-sac antérieur une tuméfaction dure, volumineuse, faisant corps avec la tumeur abdominale. Le col utérin est en arrière, peu accessible et remonté. Le cathétérisme n'est pas possible. Le toucher rectal indique un aplatissement très marqué de la lumière de l'intestin. Les dimensions de l'abdomen sont, pour la circonférence maximum, 103 centim. ; de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, 17 centim. ; de l'ombilic au pubis, 26 centim. ; de l'ombilic à l'épine iliaque droite, 25 centim. ; de l'ombilic à l'épine iliaque gauche, 28 centim.

L'état général de la malade paraît bon. L'examen des organes est satisfaisant. L'analyse des urines n'indique aucune altération. Je décide de faire l'ablation de la tumeur.

L'opération est pratiquée le 8 mai sous le chloroforme.

Plan incliné à 450. Une longue incision, allant du pubis à 6 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde, ouvre la cavité abdominale et le sac de la hernie ombilicale. Chemin faisant, la résection de l'épiploon adhérent est exécutée ainsi que l'abrasion du bord de l'orifice herniaire. La tumeur est ainsi amenée entre les lèvres de la plaie à l'aide de l'extracteur en forme de grosse vrille; quelques adhérences et le volume du corps fibreux rendent ce temps de l'opération assez délicat. L'intestin qui tend à

sortir est maintenu aussitôt par un certain nombre de compresses aseptiques disposées au-dessous de la tumeur soulevée. Les ligaments larges apparaissent des deux côtés de la tumeur, celui du côté droit fortement distendu et reconnaissable seulement par l'ovaire étalé. Des pinces sont aussitôt appliquées sur le bord supérieur du ligament gauche en dehors de l'ovaire et sur chacun des faisceaux vasculaires apparents au niveau du ligament droit distendu. Le fond de l'utérus est reconnu au-dessous de la tumeur et à gauche pour ainsi dire caché dans le bassin. Je trace au bistouri une incision circulaire un peu au-dessous du plus grand diamètre du fibrome ; cette incision intéresse en avant et en arrière le péritoine de revêtement et, sur les côtés, l'insertion supérieure des ligaments larges. Le décollement de la collerette péritonéale ainsi préparée se fait difficilement en arrière à cause de sa minceur ; plusieurs perforations ne peuvent être évitées sur la partie péritonéale de revêtement de l'utérus.

En avant, les obstacles sont encore plus considérables. L'incision limitant la collerette avait intéressé la vessie en deux points différents. Rien ne pouvait faire soupçonner que cet organe fût remonté aussi haut sur la tumeur. Sa partie supérieure atteignait l'ombilic et le repli transversal qui sert à reconnaître ses limites n'existait pas. Les deux plaies faites à la vessie étaient l'une petite, l'autre large de cinq centimètres. Elles furent suturées aussitôt à l'aide de deux étages de fil de soie. Le décollement fut continué péniblement jusqu'au cul-de-sac antérieur du vagin, en ménageant les uretères adhérents au fibrome. Lorsque la séparation de la collerette fut effectuée en arrière et en avant jusqu'au segment inférieur de l'utérus, j'achevai de décoller sur les bords latéraux et je serrai deux pinces au fond du bassin sur les faisceaux vasculaires des artères utérines. Ainsi rendu maître de l'écoulement sanguin qui avait été assez abondant, j'ouvris le cul-de-sac vaginal postérieur et libérai le segment inférieur de l'utérus de ses dernières attaches. A mesure que la formation de la collerette avançait, j'avais pu soulever le fibrome, l'attirer au-dessus du pelvis et terminer l'extirpation sans peine. L'hémostase fut faite ensuite par de nombreuses ligatures, outre les pédicules utérins et utéro-ovariens ; puis l'écoulement sanguin arrêté, je me préoccupai de fermer la collerette comme je le fais d'habitude en affrontant ses bords par

un surjet qui ferme entièrement la cavité péritonéale. Mais je craignis que les perforations de la vessie situées sur la surface de l'organe revêtue de séreuse, ne fussent pas hermétiquement suturées; d'autre part, le bassin après l'opération représentait une vaste cavité cruentée qu'il était préférable de drainer. Pour ces deux raisons, j'imaginai de terminer l'opération d'une autre manière.

La lame postérieure de la collerette fut dirigée perpendiculairement vers la paroi abdominale antérieure et suturée au péritoine qui tapisse cette paroi, de sorte que la cavité abdominale se trouva fermée à sa partie inférieure par un diaphragme séreux s'étendant du fond du bassin à la paroi. La vessie, les espaces ligamentaires où se trouvaient la tumeur et l'utérus, faisaient partie d'une vaste cavité comprise entre la partie postérieure de la collerette et le pubis. Un gros tube à drainage en croix passé par le vagin, fut introduit pourd rainer cet espace.

Après avoir terminé la toilette de l'abdomen, je laissai au fond du cul-de-sac de Douglas, un drain de caoutchouc qui sortait par l'angle inférieur de la plaie, puis la suture à trois étages de la paroi fut effectuée. L'opération avait duré un peu plus de deux heures.

Les suites de l'opération ne furent pas exemptes de complications. Le drain abdominal fut retiré après quarante-huit heures, celui du vagin resta en place sept à huit jours pendant lesquels une petite quantité d'urine s'échappait de temps en temps par le tube. Je n'eus donc pas à regretter d'avoir extériorisé la vessie du péritoine. Dès que l'écoulement sanguin fut tari, un liquide mêlé de pus et d'urine s'évacua par le vagin durant une semaine encore, puis vers le quinzième jour la cicatrisation devint complète. Comme on avait dû cathétériser fréquemment la vessie dans les premiers jours, une cystite purulente survint et fatigua la malade pendant deux semaines au moins. Enfin on eut raison de cette complication et l'opérée put rentrer chez elle un mois environ après l'opération complètement guérie.

La tumeur était un fibromyome irrégulier et lobulé du poids de 7 kilogr. Aussitôt après son ablation, on avait pu le séparer de l'utérus auquel il n'était réuni par aucun pédicule. On constatait seulement deux larges faisceaux de fibres musculaires lisses mélangées de tissu fibreux, qui des faces antérieure et posté-

rieure de la matrice se rendaient au lobe supérieur de la tumeur situé à la hauteur de l'union du col avec le corps. L'utérus avait un volume un peu plus considérable qu'à l'état normal et portait sur son fond un petit fibrome pédiculé du volume d'une grosse noix.

J'ai revu cette malade il y a environ un mois. La guérison était parfaite, mais l'opérée se plaignait de douleurs vésicales intenses et de mictions fréquentes. J'explorai la vessie et je trouvai un calcul suspendu au plafond de l'organe, probablement au niveau des fils de suture des plaies vésicales. Je fis la lithotritie en une séance et les malaises disparurent au bout de quelques jours. La cicatrice abdominale était solide et la cure radicale de la hernie ombilicale parfaite.

Il est permis de penser que si, dans le cas précédent, j'ai réussi à mener à bien le traitement d'une affection aussi complexe et à soustraire la malade aux dangers de l'hémorrhagie et de la septicémie, c'est grâce à l'hystérectomie totale. Il est vrai, que dans ce fait particulier, je n'avais pas un instant songé à un fibromyôme ligamentaire et que j'ai entrepris l'hystérectomie totale dans l'idée d'un myôme utérin à évolution pelvienne. Mais je crois que cette conduite est à recommander toutes les fois que le développement d'un fibrome ligamentaire ne permet pas de songer à une énucléation simple et de reconnaître facilement l'indépendance de l'utérus par une certaine laxité et par une mobilité assez étendue. C'est dire que l'hystérectomie abdominale totale doit être l'opération de choix, dans les cas de fibrome volumineux à développement pelvien. Il est inutile d'insister longuement sur les avantages de la méthode opératoire que je propose. Le principal de ces avantages est de procéder à une hémostase préventive en oblitérant les vaisseaux par les pinces avant de commencer la libération du fibrome, et d'épargner par le fait la perte d'une certaine quantité de sang. Dès que les pédicules vasculaires de l'artère utérine sont pincés à leur tour, le nombre des ligatures à placer dans la cavité d'énucléation est très restreint ; on fait donc encore une

économie de temps. Comme la tumeur ne peut recevoir de sang d'autres vaisseaux que du cercle vasculaire utérin, il en résulte qu'après le pincement des quatre pédicules, l'extirpation n'offre plus que les dangers d'intéresser le rectum, l'uretère ou la vessie. Pour éviter ce péril, auquel je n'ai pu échapper, je conseille de reporter l'incision qui limite la collerette sur la tumeur à une hauteur plus grande en avant, lorsqu'on aura remarqué par l'absence de dépression derrière le pubis, que la vessie a pu être entraînée. En poursuivant ce décollement sous le plancher vésical et latéralement, on ménagera les uretères; l'important est de ne pas quitter la coque de la tumeur.

Un autre avantage de l'hystérectomie totale est de laisser la partie supérieure du vagin ouverte; c'est une voie large d'écoulement pour les liquides exsudés par les parois de l'immense plaie pelvienne. Un drain en croix dont les branches transversales s'étendent jusqu'aux confins latéraux de la plaie, assure l'évacuation complète. Du reste, la pression intra-abdominale, en refoulant les feuillets séreux affrontés sur la partie cruentée, diminue l'étendue de la plaie et prépare une adhésion rapide.

La juxtaposition des bords de la manchette péritonéale, d'où le fibrome et l'utérus ont été énucléés, se fait très facilement, grâce au plan incliné, par une suture en surjet. Lorsque cette suture est terminée, la ligne d'affrontement représente le diamètre transversal maximum du bassin, s'étendant d'un pédicule utéro-ovarien à celui de l'autre côté. Ces pédicules liés peuvent même, ainsi que je le fais depuis un an dans toutes mes hystérectomies totales, être refoulés en dedans de la manchette que l'on suture au-dessus. De cette manière, il n'y a plus aucun fil dans la cavité péritonéale. Le procédé que j'ai employé dans le cas précédent diffère en ce que le feuillet postérieur des ligaments larges a seul servi à fermer la cavité péritonéale. C'est là un expédient qui m'a été suggéré par la crainte d'un épanchement d'urine dans le péritoine. On a vu que cette précaution

n'avait pas été inutile. Je conseille aussi le drainage du cul-de-sac de Douglas par un tube debout, sortant par la partie inférieure de la plaie abdominale. Ce drainage est toujours utile ; il évacue dans les deux premiers jours une assez grande quantité de liquide qui ferait bouillon de culture dans le péritoine. Ce tube peut-être supprimé au bout de quarante-huit heures.

Le traitement des fibromyômes ligamentaires me paraît pouvoir être résumé dans les propositions suivantes :

1° Les fibromes pédiculés doivent être traités par ligature du pédicule, suivie d'incision.

2° Les fibromes sessiles de moyen volume sont justiciables de l'énucléation. Pour éviter la perte de sang il sera bon de pincer et de lier au préalable les vaisseaux utéro-ovariens du côté correspondant.

3° Les fibromes énormes sont les plus dangereux à cause de leur vascularisation abondante et des changements qu'ils déterminent dans les rapports des organes pelviens. Le traitement à leur appliquer est l'hystérectomie abdominale totale, c'est-à-dire l'ablation simultanée de l'utérus et de la tumeur.

REVUE ANALYTIQUE

PLACENTA (*Suite*).

(*Anatomie et pathologie*)

Du déciduome malin et du sarcome des villosités choriales (Ueber Deciduoma malignum and das Sarkom der Chorionzotten), par C. RUGE. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIII, Hft. I, p. 162, et *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 28, p. 759.

L'auteur s'occupe du déciduome malin, en tenant compte d'abord des travaux parus avant le travail de Marchand (1). Les symp-

(1) *Annal. de gyn. et d'obst.*, septembre 1895, p. 228.

tômes, au début, rappellent ceux de la rétention de débris placentaires. *Histologiquement*, on a considéré la caduque comme constituant la matrice du néoplasme. Mais, suivant Gottschalk, l'évolution clinique restant la même, le processus morbide pourrait, cependant, avoir son point de départ dans les villosités choriales. — D'autre part, si l'on ne s'attache pas, pour ainsi dire, à la définition primitive, déduite surtout de la dépendance directe de l'affection avec la grossesse, on peut douter que la caduque soit la matrice du néoplasme, se demander si l'hypothèse de Veit (1) qu'il s'agit d'un sarcome ou d'un carcinome primitif, indépendant de la grossesse, n'est pas justifiée.

L'auteur soumet ensuite à une analyse critique les cas multiples parus dans la littérature médicale sous le nom de *déciduome malin* et démontre qu'un certain nombre ont été, à tort, rangés sous cette rubrique. Ainsi, nombre de cas ont été placés dans ce groupe, et étiquetés *sarcomes déciduo-cellulaires* par la seule raison que les éléments constituants sont volumineux et qu'ils ressemblent aux cellules déciduales. Or, l'aspect des éléments histologiques ne constitue pas une preuve concluante de leur réelle origine..

Ainsi, *histologiquement*, on a considéré la caduque comme « matrice » du déciduome malin. Or, d'après Ruge, il est exceptionnel que les cellules déciduales soient le point de départ d'une dégénérescence maligne ; en tout cas, elles ne le seraient sûrement pas dans une proportion aussi forte qu'il semblerait ressortir de la quantité des cas publiés. A la vérité, pendant la grossesse, les cellules déciduales pourraient être le siège d'une prolifération de bonne nature (excroissances polypeuses). Quant à la dégénérescence maligne, elle est justiciable des deux hypothèses suivantes : 1° ou bien les cellules du stroma de la muqueuse utérine ont subi la dégénérescence maligne avant la grossesse (opinion de Veit) ; 2° ou bien, après l'interruption de la grossesse, les cellules déciduales meurent si tôt qu'il ne reste rien d'elles en tant que cellules déciduales. Si l'on tient compte de la vie particulière des cellules déciduales, on arrive à l'opinion suivante : tandis que, d'une part, la dégénérescence maligne des cellules déciduales, en tant que cellules déciduales, est extrêmement improbable ;

---

(1) *Verhandlung der deutschen Gesellschaft fur Gyn.*, 1895, Bd. IV, p. 342.

d'autre part, il serait inversement impossible de démontrer cette dégénérescence. L'auteur fait, à ce point de vue, allusion aux cellules déciduales qui, après l'avortement, restent dans le voisinage de villosités et qui ne présentent aucun phénomène de prolifération.

En ce qui concerne le soi-disant sarcome des villosités choriales de Gottschalk, les dessins, aussi bien que la description, démontrent que, sûrement, il ne s'agit pas de dégénérescence sarcomateuse des villosités choriales.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur prend en considération les nouvelles recherches de Marchand, qui fait concourir à la formation du néoplasme, antérieurement dénommé déciduome malin, des éléments de tissus qu'on n'avait pas encore mis en cause, savoir: *l'épithélium des villosités.* Aussi, selon Marchand, il n'existe pas plus de déciduome malin au sens précis du mot que de sarcome de villosités choriales (sarcome chorial de Gottschalk). Il s'agit en réalité d'un carcinome, et la dénomination qui lui convient est celle de *carcinome chorial.*

En somme, de ce qu'on avait appelé le *déciduome malin*, la description clinique reste, mais la dénomination doit disparaître, parce que les recherches histologiques ont démontré que la caduque n'était pas intéressée. Il faut distinguer: 1° *le carcinome ou sarcome primitif,* développé avant (Veit) ou après la grossesse, et 2° un *carcinome du chorion.* R. LABUSQUIÈRE.

Du carcinome du syncytium utérin (Das Carcinoma syncytiale uteri), par KOSSMANN. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. II, Hft. 2, p. 100.

L'auteur se base sur deux ordres d'arguments: *a*) arguments tirés de l'anatomie comparée; *b*) arguments tirés de l'analyse critique des faits publiés et de l'examen d'une tumeur, que Lohlein a décrite sous le nom de sarcome déciduo-cellulaire (1).

1° Au point de vue de l'anatomie comparée, l'auteur considère comme extrêmement improbable qu'une tumeur puisse, à la fois, se constituer aux dépens de tissus fœtaux et de tissus maternels (opinion admise par Marchand); il n'accepte également qu'avec beaucoup de réserve l'idée que la tumeur pourrait se développer exclusivement aux dépens des éléments de la villosité

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 14, p. 297.

(prolifération des éléments du stroma, d'après Gottschalk), et n'avoir pas un développement centripète, c'est-à-dire vers le fœtus, développement qui devrait compromettre les fonctions qui assurent l'existence de l'œuf; enfin, la prolifération néoplasique de l'épithélium ectodermique *à une seule couche* de la villosité constituerait, dans l'histoire du développement, un fait sans analogie.

2° Les examens histologiques auquels il a soumis une tumeur recueillie par Lohlein ont, de plus, affirmé l'auteur dans l'opinion que *les tumeurs décrites par Marchand tirent leur origine du syncytium des villosités choriales, syncytium qui, d'après une opinion qu'il a, depuis longtemps, défendue, est un dérivé de l'épithélium utérin par disparition, sous l'influence de la grossesse, des démarcations cellulaires, et transformation consécutive en une couche plasmodiale, multinucléaire. Ces caractères se retrouvent très nets en certains points de la tumeur, tandis que, dans d'autres, ils disparaissent par suite d'une sorte de retour du syncytium à son état primitif, c'est-à-dire par la réapparition des démarcations cellulaires, dont on peut constater les phases intermédiaires.* Ce sont ces démarcations cellulaires, de retour, qui ont, à tort, conduit Marchand à admettre qu'il s'agissait d'éléments dérivés, par prolifération, de la couche cellulaire de Langhans, c'est-à-dire des éléments ectodermiques de la villosité choriale, éléments qui, en réalité, réduits à une couche unique, conservent ce caractère.

En conséquence, Kossmann conclut qu'il s'agit bien d'un néoplasme d'origine épithéliale, origine se trouvant dans le syncytium dérivé par transformation de l'épithélium utérin, et que, par suite, la dénomination convenable est celle de : *carcinome utérin du syncytium* (carcinoma uteri syncytiale). R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique pour les sages-femmes, par le Dr A. ARTEMIEFF. Baillière, 1895.

L'auteur mettant de côté toutes considérations didactiques, s'est efforcé de condenser dans ce petit traité toutes les connais-

sances essentiellement pratiques, nécessaires à la sage-femme pour sauvegarder, le plus possible, les intérêts de la mère et de l'enfant : propreté rigoureuse, observation attentive de la marche du travail, emploi aussi réservé que possible de l'exploration interne, rappel des irrégularités qui, dans la marche du travail, font un devoir à la sage-femme de réclamer, sans délai, l'assistance d'un médecin ; rappel de ce que la sage-femme peut faire et aussi de ce qu'elle doit ne pas faire, etc. Au résumé, c'est bien un *memento* des connaissances et des règles qui doivent guider la sage-femme dans l'exercice de sa profession. Indépendamment de ce qui a trait à la pratique obstétricale, l'auteur consacre quelques pages aux questions suivantes : *a*) premiers soins à donner en cas d'empoisonnement; tableau des principaux poisons et contre-poisons; *b*) premiers soins à donner en cas d'évanouissement; distinction entre la mort apparente et la mort réelle. R. L.

Hymen double, par NINA RODRIGUES. Extrait de la *Revist. med.*, n° 1, 1895.

Contribution à l'étude des adhérences et des rétrécissements congénitaux et acquis du vagin, des absences congénitales du vagin, avec exclusion des cas de vagin double (Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen Verwachsungen und Verengerungen der Scheide sowie des Angeborenen Scheidenmangels mit Ausschluss der Doppelbildungen), par F. L. NEUGEBAUER, Berlin, 1895, Karger.

Ce volume ne serait que la première partie d'un travail entrepris, dès 1893, à l'occasion d'une invitation au cinquantième anniversaire de la Société obstétricale et gynécologique de Berlin. L'auteur a réuni dans ce volume 1,000 cas des anomalies, congénitales ou acquises, en question : 928 de source étrangère et 72 personnelles. Il se réserve de publier, quand le temps et les circonstances le lui permettront, les considérations et les conclusions à dégager de cette importante statistique. Nous ne pouvons ici que présenter le canevas de ce premier volume, véritable mine de documents intéressant l'obstétrique et la gynécologie :

PREMIÈRE PARTIE. — 56 cas d'opération césarienne : *a*) opérations de Porro, 22; *b*) césariennes conservatrices, 34.

Cas supplémentaires : *a*) opération de Porro, 1; *b*) césarienne conservatrice, 1.

DEUXIÈME PARTIE. — 237 cas d'accouchements terminés par les voies naturelles.

Cas supplémentaires : 8.

TROISIÈME PARTIE. — 176 cas d'adhérences ou d'atrésies du vagin d'origine puerpérale.

Cas supplémentaires : 10.

QUATRIÈME PARTIE. — Cas d'adhérences ou d'atrésies du vagin, qui ont été décrits en partie comme congénitaux, en partie comme acquis en dehors de l'état puerpéral : 1re *série*, 322 observations ; 2e *série*, 107 observations.

CINQUIÈME PARTIE. — 72 observations personnelles : A) pendant l'accouchement, 1 cas (opération de Porro).

B) 33 cas d'adhérences ou d'atrésies du vagin d'origine puerpérale.

C) 33 cas d'adhérences ou d'atrésies du vagin en dehors de l'état puerpéral.

6 cas d'atrésie hymœnéale congénitale.

4 cas de soudure (conglutinatio) des petites lèvres.

1 cas d'adhérence acquise, d'origine traumatique, des petites lèvres.

R. LABUSQUIÈRE.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA PUÉRICULTURE INTRA-UTÉRINE

Par le professeur **A. Pinard.**

Messieurs, vous n'ignorez pas certainement qu'à l'heure actuelle, à Paris, les femmes enceintes privées d'aide et de protection, les femmes enceintes abandonnées, peuvent être admises, quelle que soit leur situation sociale, quelle que soit leur nationalité, dans des établissements spéciaux dits : Refuges ou Asiles des femmes enceintes.

Le premier établissement de ce genre, dû à l'initiative de Mme Béquet de Vienne, est connu sous le nom de Refuge de l'avenue du Maine et fonctionne depuis 1892. Quelque temps après, la Ville de Paris ouvrait l'asile Michelet, rue de Tolbiac, et je ne doute pas qu'avant longtemps l'œuvre ne soit parachevée, par la multiplication et l'agrandissement de ces établissements. Chose désirable à tous égards et rendue plus urgente encore, si c'est possible, par la connaissance des résultats déjà obtenus.

Je ne veux point insister aujourd'hui sur les immenses services rendus à ces pauvres femmes par la création de

(1) Communication à l'*Académie de médecine*, séance du 26 novembre 1895

cette belle et nouvelle assistance, qui non seulement donne à ces déshéritées le logement et la nourriture, leur apporte la consolation et la quiétude, mais encore leur assure les soins spéciaux que réclame leur état de grossesse. — Soins spéciaux qui font disparaître la plupart des terribles accidents observés auparavant chez ces abandonnées. — Je viendrai un jour vous démontrer, chiffres en mains, les cas dans lesquels, en faisant disparaître en particulier l'éclampsie et les mauvaises présentations, on a empêché les femmes de mourir et on a permis aux enfants de naître, et je vous donnerai le nombre de ces vies humaines économisées.

Je désire simplement aujourd'hui m'occuper du *produit* de ces femmes, c'est-à-dire vous exposer les résultats obtenus dans ces conditions chez les enfants de ces femmes. Résultats prévus — dira-t-on peut-être — je ne dis pas non, mais qui n'en sont pas moins importants à constater.

Presque toutes les femmes recueillies et soignées au refuge de l'avenue du Maine viennent accoucher dans mon service à la Clinique Baudelocque. Or, nous n'avons point tardé à reconnaître que la plupart des enfants de ces femmes étaient remarquables par leur développement. Et chaque fois que dans ma visite, je m'arrêtais près d'un berceau pour faire constater combien l'enfant qui y reposait était beau, presque toujours quand je demandais l'origine, on me répondait : c'est un enfant du refuge ou c'est un enfant du dortoir. Ce qui voulait dire : c'est un enfant dont la mère a été soignée et recueillie soit au refuge, soit au dortoir de la Clinique.

Le résultat de cette observation, superficielle je le veux bien, mais constamment répétée, a déjà été consigné dans un des éloquents rapports faits chaque année sur le refuge de l'avenue du Maine, par un de nos plus éminents et aimés collègues, qu'on retrouve toujours à la tête des bonnes œuvres : j'ai nommé M. Cadet de Gassicourt. Mais dire qu'un enfant du refuge est beau, qu'il est vigoureux, cela est bien, mais cela m'a semblé insuffisant et j'ai cherché par une observation plus attentive à déterminer la véritable signifi-

cation de ces termes. Ce sont les résultats de ces recherches que je vous apporte, les voici :

J'ai comparé les enfants des femmes venant accoucher dans mon service directement, c'est-à-dire ayant pour la plupart continué à travailler pendant toute la durée de leur grossesse, la première contraction douloureuse faisant cesser leurs occupations, avec les enfants des femmes reposées et soignées soit aux refuges, soit au dortoir. Cette comparaison n'est pas facile à établir et si les éléments de chaque terme présentent le même degré d'analogie, ils ne présentent pas toujours le même degré de similitude. C'est ainsi que parmi les femmes qui viennent directement de chez elles pour accoucher dans les services d'accouchements, il en est un certain nombre qui se trouvaient dans des conditions hygiéniques convenables parmi beaucoup d'autres se trouvant en état de surmenage.

De même, l'influence du repos et de l'hygiène chez les femmes du dortoir et du refuge doit nécessairement varier et être en rapport direct avec la durée du séjour, et ce séjour est loin d'être le même pour toutes les femmes.

De là, la difficulté de réunir dans chaque catégorie devant être opposée, des éléments absolument semblables.

Quoi qu'il en soit, j'ai pu, en éliminant les cas considérés comme pathologiques, comparer le poids des enfants chez 500 femmes reposées et soignées, soit au refuge (1), soit au dortoir, et le poids des enfants chez 500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement, et voici ce que j'ai trouvé :

500 femmes, ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement, ont donné :

Poids d'enfants : 1,505,000 grammes ; par enfant, 3,010 grammes.

---

(1) Les 1,500 fiches du refuge de l'avenue du Maine ont été rédigées par le Dr Barbezieux, médecin du refuge, qui a bien voulu me les communiquer ; je ne saurais trop l'en remercier.

500 femmes, ayant séjourné au moins dix jours au refuge, ont donné :

Poids d'enfants : 1,645,000 grammes ; par enfant, 3,290 grammes (140,000 grammes en plus).

500 femmes, ayant séjourné au dortoir de la Clinique Baudelocque, ont donné :

Poids d'enfants : 1,683,000 grammes ; par enfant, 3,366 grammes (178,000 grammes en plus).

Je ne puis mieux faire que de comparer ces chiffres avec ceux constatés par M. Tarnier.

M. Tarnier a recherché le poids moyen des enfants des femmes accouchées à la Maternité pendant une période de seize ans, et nous lui devons les données ci-dessous :

Poids moyen de 3,794 garçons issus de primipares : 3,146 grammes.

Poids moyen de 3,159 filles issues de primipares : 3,101 grammes.

Poids moyen de 4,025 filles issues de multipares : 3,120 grammes.

Poids moyen de 4,623 garçons issus de multipares : 3,372 grammes.

Ces résultats nous donnent l'explication du chiffre plus élevé obtenu chez les enfants des femmes du dortoir que chez les enfants des femmes du refuge.

Nous voyons, en effet, l'influence de la multiparité. Or, chez les femmes du refuge, la proportion des primipares est bien plus considérable :

69 primipares pour 31 multipares.

Tandis qu'au dortoir la proportion est de :

45 primipares pour 55 multipares.

Ce n'est donc pas la différence de soins, mais la différence de population qui est cause de la différence des poids.

Si la statistique de M. Tarnier donne comme moyenne d'ensemble un chiffre un peu plus élevé que le mien, cela

tient probablement à ce que parmi toutes les femmes accouchées à la Maternité, il s'en trouvait un certain nombre ayant séjourné un temps plus ou moins long au dortoir de la Maternité.

Je ne me suis pas contenté de rechercher et de comparer les poids des enfants chez les femmes soignées et chez celles qui ne l'ont pas été, mais encore j'ai essayé de comparer la durée de la grossesse chez les unes et chez les autres.

Ce point-là est particulièrement délicat et difficile.

En effet, comment évaluer la durée de la gestation dans l'espèce humaine?

Je n'ai trouvé qu'un moyen pouvant renseigner sur ce point, moyen qui consiste à évaluer le laps de temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement. Ces deux points de repère bien établis et les causes d'erreur étant les mêmes chez les unes et chez les autres, une comparaison significative peut s'ensuivre.

Et le dépouillement des observations fait à ce point de vue m'a donné la proportion ci-dessous :

Chez 1,000 femmes, ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement, le temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement a été :

de 280 jours et plus...........	482 fois.
de 270 — à 280.............	279 —
au-dessous de 270 —	239 —

Chez 1,000 femmes ayant séjourné au refuge ou au dortoir, le temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement a été :

de 280 jours et plus............	660 fois.
de 270 — à 280.............	214 —
au-dessous de 270 —	126 —

Je n'insisterai pas sur l'éloquence de ces chiffres. Nous savons maintenant ce qu'il faut faire pour que la période d'incubation ne soit pas troublée et pour que le développe-

ment de l'enfant soit aussi parfait et aussi complet que possible.

Naître prématurément n'est point une chose indifférente, et s'il est bon pour tout citoyen de posséder un casier judiciaire vide, il n'est pas moins utile de posséder, pour bien agir dans la vie, un casier utérin vierge de tout accident.

Ces données nous montrent à tous ce que nous avons à faire si nous voulons une population forte et vigoureuse, et si nous applaudissons aux efforts faits pour secourir les faibles et les malades, il me semble que notre reconnaissance ne doit pas être épargnée à ceux qui ont trouvé et créé le moyen d'empêcher les mères de souffrir et de faire naître d'aussi vigoureux enfants.

DERNIERS RÉSULTATS DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Par **L. G. Richelot.**

En exposant les résultats que m'a donnés l'hystérectomie vaginale pendant ces deux dernières années, je pourrais être accusé de revenir mal à propos sur une question rebattue et sur des discussions épuisées. Il n'en est rien, cependant; quelques discussions méritent d'être oubliées, mais la question n'est pas devenue banale. Il y a trop peu de temps que les résistances sont vaincues et la méthode consacrée par le succès, pour que ses défenseurs naturels s'endorment sur les positions conquises; il faut maintenant s'y établir, sans recommencer l'ancienne lutte ni ressasser les vieux arguments, mais en donnant la preuve, au jour le jour, que l'hystérectomie vaginale a tenu ses promesses et que les résultats annoncés par nous dans l'ardeur de la polémique n'étaient pas de pure imagination. Voilà pourquoi, ayant mis au net mes derniers chiffres, je viens vous les dire et les commenter brièvement.

Dans mon livre publié à la fin de l'année dernière (1) sont exposées 274 observations d'hystérectomie vaginale, qu'on peut diviser ainsi :

44 cancers utérins................	3 morts
61 suppurations pelviennes........	5 —
126 affections non suppurées........	5 —
43 fibromes utérins................	1 mort

Ce relevé donne une mortalité générale de 5,10 pour 100, qui tombe à 4,78 si l'on compte seulement les affections non cancéreuses. Elle est de 8 pour 100 dans les suppurations pelviennes, et de 3,96 dans les affections non suppurées.

Depuis la fin de l'année 1893, époque à laquelle s'arrête mon livre, jusqu'au 1er août 1895, j'ai fait 202 opérations nouvelles dont voici les résultats :

14 cancers utérins..................	3 morts
66 suppurations pelviennes..........	3 —
89 affections non suppurées.........	2 —
33 fibromes utérins.................	2 —

Les affections non suppurées, que je diviserais en plusieurs chapitres si je voulais en faire l'analyse détaillée, comprennent des cas très divers : salpingo-ovarites parenchymateuses, hydrosalpinx, rétroversions compliquées, adhérences étendues et processus fibreux du petit bassin. J'y range quelques faits particuliers : 2 kystes ovariques, 2 kystes parovariens, 2 kystes dermoïdes. J'y range un petit nombre de lésions en apparence légères, mais devenues graves par la persistance des douleurs ou des pertes : ovaires polykystiques, métrites hémorrhagiques rebelles, une métrite reconnue tuberculeuse, deux utérus géants. Il y a aussi quelques « névralgies pelviennes » sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure. Il y a enfin des hystérectomies vaginales

(1) L. G. Richelot. *L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses.* Paris. O. Doin, éditeur.

secondaires, après échec thérapeutique de la laparotomie.

Les chiffres de cette nouvelle série nous donnent une mortalité générale de 4,95 pour 100, qui tombe à 3,72 si on ôte les cancers. Elle est de 4,54 pour 100 dans les suppurations pelviennes, et de 2,24 dans les affections non suppurées. La comparaison des deux séries est toute à l'avantage de la seconde :

	1re série	2e série
Mortalité générale	5,10	4,95
Mortalité dans les affections non cancéreuses	4,78	3,72
Mortalité dans les suppurations.	8	4,54
Mortalité dans les affections non suppurées	3,96	2,24

Enfin, si j'additionne les deux séries, je trouve 476 cas avec 21 morts, soit une mortalité de 4.41 pour 100 au lieu de 5,10 que j'avais en 1893. J'ai dit à cette époque : « Je pense qu'il serait ambitieux de vouloir atteindre une plus grande perfection. Avec ses défauts, ma statistique est bien faite pour plaider la cause de l'hystérectomie vaginale. » Cependant j'ai fait encore un progrès ; surtout la statistique partielle des suppurations (4,54 pour 100) est satisfaisante. Ferai-je encore mieux dans l'avenir ? Je ne le crois pas, et je répète qu'il serait ambitieux de l'espérer. Les séries merveilleuses qu'on publie quelquefois, sont des séries courtes ; il n'est pas très étonnant de réussir à la file une cinquantaine d'opérations et même davantage. Parmi celles que je vous présente, j'ai une suite ininterrompue — du 6 juin 1894 au 20 juin 1895 — de 132 cas sans le moindre accident. Mais les revers arrivent un jour ou l'autre ; aussi faut-il attendre avant de se prononcer, car les chiffres nombreux permettent seuls de juger une méthode et d'avoir la conscience nette des responsabilités qu'elle entraîne.

Avant d'aller plus loin, je donnerai quelques détails, suivant mon habitude, sur les cas de mort. C'est le cancer qui

fait ombre au tableau; sans lui, la statistique serait trop belle. Sur trois décès, le premier (n° 297) est celui d'une femme de 58 ans qui avait un cancer du corps avec plusieurs fibromes; opération régulière et de moyenne difficulté le 12 avril 1894; les suites paraissaient très bonnes, quand elle fut prise tout à coup, le 16 avril, de congestion pulmonaire double et mourut le 17. A l'autopsie, rien que la congestion pulmonaire, péritoine intact. L'urine avait été examinée et ne contenait rien d'anormal.

Autre cancer du corps le 21 juin 1895 (n° 458). La malade, âgée de 35 ans, était profondément cachectique, et avait d'anciennes lésions parenchymateuses des annexes qui rendirent l'opération difficile; une masse cancéreuse friable et fétide occupait la cavité. Elle succomba dans la nuit du second jour, avec 39°; est-ce la masse fétide qui infecta son tissu cellulaire ou son péritoine?

Le troisième échec (n° 473) est un accident hémorrhagique, mais où les pinces, remarquez-le bien, ne sont pas en cause. J'avais enlevé un cancer bien limité au col; au bout de quarante-huit heures, au moment d'enlever les pinces, je trouvai la malade pâle, anxieuse, avec un pouls filiforme et perdant du sang en abondance. C'était du sang veineux qui paraissait venir à l'extérieur après avoir coulé dans le ventre. Les pinces tenaient bien, aucune n'avait lâché prise; je les enlevai rapidement, sans difficulté, sans provoquer le moindre jet artériel. Donc, elles avaient bien rempli leur rôle, et ce n'était pas leur faute si, pendant l'opération, j'avais négligé quelque déchirure ou quelque sinus veineux du ligament large, qui m'aurait tout aussi bien échappé si j'avais mis des ligatures. Malgré les soins qui lui furent donnés immédiatement, nettoyage du petit bassin rempli de caillots, placement de quelques nouvelles pinces, la malade succomba.

Les suppurations pelviennes, si souvent graves et complexes, m'ont donné peu de déboires. Dans une opération laborieuse (n° 275), il y avait un foyer hors des annexes, qui me donna un flot de pus fétide en avant de l'utérus. Je n'aime

pas voir le pus venir de ce côté; cela indique une disposition dangereuse pour le péritoine, que l'ablation du fond de l'utérus va ouvrir derrière la vessie. On pare le danger quand on s'arrête à temps, quand, au lieu de mettre partout ses doigts et ses instruments pour enlever à tout prix les annexes, on laisse tout en place, et l'on se borne à l'évacuation des foyers. Ici, malheureusement, mon écarteur antérieur — l'autopsie me l'a démontré — fit brèche dans le péritoine en rompant les adhérences et fut la cause d'une propagation septique.

Chez une autre malade (nº 285), il s'agissait d'une infection puerpérale récente de deux mois, avec température élevée, état grave et urgence d'intervenir. J'essayai d'atteindre, par la simple incision du cul-de-sac postérieur, un volumineux plastron sur le côté droit de l'utérus; je dus faire l'hystérectomie pour ne pas opérer à l'aveugle, et même alors je n'osai pas attaquer le foyer septique, qui était très élevé et se serait vidé en plein péritoine. L'opération fut donc simple et très inoffensive, mais inutile. Je comptais laisser reposer la malade, et faire après quelques jours une incision abdominale; mais, opérée le 15 mars 1895, elle alla plus vite que moi, continua de s'infecter et mourut le 19 à minuit. L'autopsie nous montra le foyer septique au milieu des adhérences, et de plus, une infiltration purulente diffuse à travers l'épiploon, c'est-à-dire des lésions plus anciennes que mon intervention et n'ayant aucun rapport avec elle, puisque je n'avais pas touché au foyer. La laparotomie, en somme, était mieux indiquée et m'aurait permis d'évacuer l'abcès, mais elle ne pouvait rien contre l'infiltration diffuse et la septicémie déjà irrémédiable; de toutes façons, la malade aurait succombé.

La troisième mort (nº 298) eut pour cause indirecte une hémorrhagie. L'opération avait été bonne; un de mes internes ôta les pinces au bout de quarante-huit heures, et quelques instants après le sang se mit à couler. Il faut, en pareil cas, mettre la malade en travers, retirer les tampons, placer l'écarteur antérieur, conduire avec le doigt une pince érigne

qui attire le bord postérieur de la plaie vaginale, et placer *de visu*, tranquillement, de nouvelles pinces sur les points qui saignent; puis faire sortir les caillots du petit bassin et placer de nouveaux tampons. J'ai vu deux fois cet accident et sauvé les malades; mais il est tellement rare que tout le monde n'en a pas l'expérience. Ici la manœuvre fut faite un peu hâtivement, quelques pinces furent placées au jugé, des tampons accumulés. Le pouls se releva complètement et l'hémorrhagie ne revint pas; mais il y eut de l'infection et trois jours après la malade mourut de péritonite.

Dans les affections non suppurées, j'ai une mort le cinquième jour avec des symptômes d'obstruction intestinale, après une opération très simple pour un kyste parovarien (n° 325); l'autopsie manque. Une autre (n° 476) est morte de péritonite après une opération également simple, bien qu'il y eût adhérence à une anse d'intestin grêle et surtout à l'épiploon. Ces deux malheurs inattendus sont de ceux qu'on regrette amèrement, quand tous les jours des cas bien autrement difficiles se débrouillent si heureusement et nous donnent les plus beaux succès.

Dans les fibromes, encore une obstruction intestinale (n° 322), dont l'autopsie n'a montré aucune trace d'épanchement ni de péritonite; puis une femme diabétique (n° 338) à laquelle j'avais fait d'urgence, deux années auparavant, l'énucléation d'un gros fibrome pelvien qui lui comprimait absolument le rectum et la vessie, et qui, profondément anémiée par de nouvelles pertes, fut opérée le 6 juillet 1894 pour une tumeur enclavée plus grosse que l'ancienne. Je la savais diabétique et lui portais secours en faisant toutes les réserves que pareille situation comporte. Sans accidents opératoires, sans hémorrhagie ni péritonite, elle s'éteignit dans le coma au bout d'une semaine.

Telle est la somme de mes insuccès; que la chirurgie ou le chirurgien soit responsable, qu'il y ait ou non des circonstances atténuantes, les échecs sont bien rares eu égard au nombre des opérées ainsi qu'aux difficultés opératoires, si

bien que nous pouvons dire : l'hystérectomie vaginale a d'ores et déjà répondu à notre attente en faisant ses preuves de *bénignité.*

Un second point me tient à cœur, c'est celui de l'*efficacité thérapeutique.* Ce mot soulève à lui seul une foule de questions, je les indiquerai à peine.

S'il est un fait que mes observations mettent en évidence, c'est la netteté et la franchise des guérisons. Voilà, certes, un des meilleurs arguments que puissent faire valoir les partisans de l'hystérectomie vaginale. En étudiant les résultats de la laparotomie, beaucoup d'auteurs ont montré qu'elle guérit très bien les grosses lésions, les suppurations pelviennes; d'autres ont observé qu'elle réussit mal contre les petites lésions et les névralgies. De ces deux propositions, la seconde est souvent vraie et la première ne l'est pas toujours; aussi m'est-il arrivé souvent après les petites lésions traitées par la voie sus-pubienne, et quelquefois après les grosses, d'avoir à enlever l'utérus pour obtenir une guérison parfaite. Et cette guérison parfaite est la règle. J'ai publié vingt cas d'hystérectomie vaginale secondaire; toutes les malades, à l'exception d'une morphinomane, ont été guéries définitivement. J'en ai maintenant seize nouvelles, consécutives à des laparotomies pour suppurations pelviennes, salpingites parenchymateuses, névralgies avec trompes et ovaires plus ou moins altérés. Cinq fois la laparotomie avait enlevé un pyosalpinx unilatéral, et l'hystérectomie fut faite pour un pyosalpinx de l'autre côté. Une fois (n° 307) il y avait un gros utérus douloureux et hémorrhagique après l'ablation intégrale de deux trompes énormes et de deux kystes ovariques purulents. Une fois (n° 407), les hémorrhagies venaient d'un utérus très petit après l'ablation très complète des deux ovaires. Une fois (n° 475), elles avaient débuté après la castration double faite par un de mes collègues, et j'ai trouvé des adhérences étendues à tout le petit bassin. Or, quinze de ces malades ont bénéficié au maximum de mon intervention, leur guérison est achevée;

la seizième (n° 366), une hystérique douloureuse à qui je n'ai touché qu'à mon corps défendant, a été revue trois mois après, bien portante, sans douleurs et n'ayant plus d'attaques; je ne promets rien pour l'avenir. Deux fois (n° 326 et 416), la castration unilatérale avait été faite pour des névralgies violentes; j'ai enlevé l'utérus seul, j'ai laissé volontairement l'autre ovaire, qui pouvait être accusé de perpétuer les souffrances, et les femmes n'en ont pas moins guéri.

Tous ces faits démontrent l'insuccès thérapeutique possible de l'ablation des annexes, et l'importance de la « castration utérine ». Voilà pourquoi, sans doute, l'hystérectomie vaginale, quand on juge à propos de la faire d'emblée, donne régulièrement des succès. Jamais je n'ai mieux compris sa valeur que chez une malade (n° 287) qui avait un pyosalpinx à gauche et un hydrosalpinx à droite, et dont l'utérus était littéralement imprégné de pus fétide. Sa cavité en était remplie, et sa paroi épaisse contenait deux gros foyers purulents interstitiels que j'ai ouverts au cours du morcellement. Je ne vois pas, en vérité, par quel mécanisme cette femme aurait pu guérir après l'extirpation des annexes, à moins d'une hystérectomie vaginale secondaire.

Je ne veux pas dire qu'il n'y ait aucune nuance dans les guérisons, ni aucun échec à éviter. A cet égard, je reviendrai sur une distinction qu'on néglige toujours et à laquelle, dans mon livre, j'ai consacré d'assez longs développements. Il y a des malades qui guérissent volontiers, d'autres qui sont rebelles. Les premières sont les lymphatiques. Elles n'accusent que des maladies qui en valent la peine : métrite infectieuse, salpingite parenchymateuse ou suppurée d'origine puerpérale ou blennorrhagique. Elles n'ont pas les « petites lésions », ou du moins n'en souffrent pas. Elles n'ont pas les douleurs à forme névralgique vaguement localisées, mobiles, répandues à tout l'appareil utéro-ovarien. Elles cessent leurs plaintes quand on a supprimé leur lésion, et justifient très souvent les opérations partielles.

Les arthritiques nerveuses, au contraire, saisissent tous les prétextes pour faire de la douleur et de la congestion; c'est chez elles que, faisant l'opération pour d'extrêmes souffrances, on trouve des altérations minimes, chez elles que la guérison est mal assurée, parce qu'après l'ablation d'un ovaire l'autre se prend, ou après la castration double elles ont encore un utérus, des vaisseaux et des plexus nerveux. Quand on a supprimé jusqu'au moindre lambeau d'annexes, leur utérus ne s'atrophie pas et quelquefois reste assez malade pour les mener à l'hystérectomie vaginale secondaire.

Eh bien, ces femmes que l'ablation des annexes ne remet pas sur pieds, c'est elles qui, même après l'hystérectomie, reviennent quelquefois nous voir avec des points névralgiques, des douleurs vagues, de la constipation, etc. Tout est souple dans leur cavité pelvienne; elles sont plus inquiètes que souffrantes, elles viennent nous demander si vraiment il n'y a plus rien, et après notre examen s'en retournent satisfaites. Elles sont rétablies, en un mot, vont et viennent et travaillent sans fatigue, mais elles sont toujours des arthritiques nerveuses. Si quelqu'une, par hasard, est moins heureuse et se déclare aussi malade qu'avant, c'est que l'opération a été faite, par erreur ou par nécessité, sur une neurasthénique, une hystérique vraie ou une aliénée, c'est-à-dire une de ces femmes qui sont les *noli me tangere* de la gynécologie.

J'ai dit que la netteté et la franchise des guérisons étaient liées, pour une grande part, à la castration utérine. J'y reviens sous une autre forme : la guérison parfaite n'est pas liée à l'ablation intégrale des annexes. Les adversaires de l'hystérectomie ont prétendu, *a priori*, que son défaut est de rester quelquefois incomplète, et de laisser dans le ventre des parties malades qui seront la cause de douleurs et de poussées nouvelles. Ses partisans eux-mêmes, les moins expérimentés, ont pensé que, pour faire une bonne opération, il était nécessaire de ne pas laisser le moindre lambeau.

C'est une grande erreur, et d'autres ont dit avec raison que les trompes et les ovaires s'atrophient et demeurent silencieux après la disparition de l'utérus, bien plutôt que l'utérus après la disparition des annexes. Quand des adhérences totales ont obligé le chirurgien à sculpter seulement l'utérus au milieu du « processus fibreux » ou à vider les poches purulentes et à les traiter méthodiquement, la malade guérit très vite, la masse pelvienne s'assouplit en quelques semaines, les poches sont oblitérées par le travail cicatriciel, sans qu'il reste ni fistules, ni suppuration prolongée; d'une façon générale, les retours offensifs ne sont pas à craindre. Je trouve dans mon livre que, sur 61 cas de suppuration pelvienne, j'ai fait vingt-deux fois l'ablation totale, douze fois l'ablation unilatérale, et vingt-sept fois je n'ai rien enlevé des annexes. Dans un groupe de soixante-huit affections non suppurées, je trouve quarante-deux extirpations bilatérales intégrales, sept unilatérales, huit dans lesquelles j'ai tout enlevé sauf un ovaire, une trompe ou un fragment tubaire, enfin onze castrations utérines sans aucune ablation d'annexes. Or, j'ai vu deux femmes (nos 122 et 199), après une opération compliquée dont elles ont guéri dans les délais ordinaires, garder au fond du vagin une petite cavité suppurante qui s'est fermée au bout de quelques mois; voilà pour les suites immédiates. Et, pour les suites éloignées, j'ai vu une fois (n° 98), au bout de deux ans, la cicatrice vaginale devenir douloureuse; j'ai dû ouvrir un abcès gros comme un dé à coudre, et, au-dessus de lui, une petite collection de sérosité; le tout a guéri promptement et sans retour.

Dans la nouvelle série que je vous présente, les 65 cas de suppuration comprennent : 30 ablations bilatérales intégrales; 5 bilatérales sauf un ovaire ou une trompe; 11 unilatérales; 20 castrations utérines pures, sur lesquelles j'ai même une fois laissé le fond de l'utérus. Parmi les 89 cas d'affections non suppurées, il y a 64 ablations bilatérales intégrales; 3 bilatérales sauf un ovaire; 8 unilatérales; 14 castrations utérines pures. Et sur ce nombre, pas une malade n'a eu de suites prolongées; une seule

(n° 403) est venue, cinq mois plus tard, se faire ouvrir un abcès iliaque du côté droit, et justement l'extirpation des annexes avait été complète.

Je suis loin de nier les accidents secondaires que plusieurs chirurgiens ont vus ou entendu raconter. On peut faire, par inexpérience ou par difficulté extrême, une opération incomplète, mauvaise. Mais, ce que j'affirme, c'est que l'opération incomplète n'est pas mauvaise par elle-même; c'est qu'en allant avec méthode aussi loin que la prudence le permet, en ouvrant les collections, en traitant les organes dangereux et respectant ce qui n'est pas nuisible, on fait d'aussi bonne besogne que dans les cas simples où tout s'enlève aisément. Le principe qui doit nous guider, le but auquel nous devons tendre, n'en est pas moins l'extirpation complète; il faut le dire aux chirurgiens encore timides qui seraient tentés de s'arrêter à moitié chemin. Mais, pour ceux qui ne s'arrêteraient jamais et s'acharneraient à tout arracher, il n'est pas inutile de répéter qu'après la disparition de l'utérus, le pansement des organes malades peut valoir autant que leur suppression.

Un chapitre encore bien intéressant, au point de vue de la valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale, c'est celui des grandes névralgies pelviennes. Je n'ai garde, en ce moment, de vouloir réveiller la discussion que j'ai portée, il y a trois ans, devant la Société de chirurgie, que j'ai reprise et développée dans mon livre. On m'a fait, à cette époque, des objections nombreuses, sur le mot « grandes névralgies pelviennes », sur les causes, le diagnostic, l'utilité de l'intervention chirurgicale. Un premier point hors de toute controverse était la réserve extrême avec laquelle nous devions préconiser les opérations radicales dirigées contre des douleurs sans lésions appréciables, ou avec des lésions minimes; et cette question de moralité professionnelle n'a certes rien perdu de son importance, aujourd'hui que le charlatanisme revêt de plus en plus la forme chirurgicale, et que nous voyons s'étaler sans

vergogne, dans tous les coins de Paris, l'exploitation des utérus douloureux et des femmes crédules.

Ceci bien entendu, il m'a paru que certains de mes collègues, en refusant l'opération contre les névralgies pures et en l'acceptant pour les grands symptômes accompagnés d'une petite lésion, si petite qu'elle fût, faisaient une subtilité ; que les petites lésions (ovaires polykystiques, adhérences, etc.) venaient à point pour expliquer des souffrances qui ont leur véritable origine dans le tempérament des malades, et pour légitimer l'intervention; qu'enfin mes collègues opéraient aussi souvent que moi sur le symptôme douleur. Il m'a paru aussi que d'autres faisaient une confusion regrettable en attribuant à l'hystérie presque toutes ces douleurs pelviennes, et en disant que la chirurgie était impuissante à les guérir et pouvait même les aggraver. Sans doute, il faut se garder autant que possible, je l'ai dit plus haut, d'opérer les neurasthéniques, les hystériques vraies et les aliénées ; mais il y a, en dehors de ces catégories, l'arthritisme pur et simple, et les arthritiques nerveuses ont des névralgies utéro-ovariennes comme elles auraient des migraines ou des sciatiques. Avec un peu de sens clinique et en opérant sur ce terrain, on obtient des résultats remarquables et on rend de grands services.

Voilà comment, aux faits que j'ai déjà publiés, vient s'ajouter maintenant une douzaine d'autres cas de névralgie pelvienne, où j'ai trouvé des organes à peu près sains, et auxquels je pourrais ajouter plusieurs malades à « petites lésions » accompagnées du même appareil symptomatique. Or, j'ai pleinement échoué sur une femme de 31 ans (n° 363) qui avait un utérus infantile et des douleurs violentes depuis ses premières règles ; après un an, elle se plaint des mêmes douleurs et n'accuse pas la moindre amélioration ; je ne lui trouve pas les stigmates de l'hystérie. En revanche, toutes les autres sont heureusement transformées ; quelques-unes viennent se plaindre de petites douleurs dans les membres ou dans leur cicatrice, je leur conseille les injec-

tions chaudes ou l'hydrothérapie ; quelques-unes sont remarquables par la durée de leur maladie et l'intensité de leurs souffrances, contrastant avec la rapidité et la franchise de leur guérison (nos 398, 407, 435). Mais il y en a deux surtout, dont je veux, en terminant, vous raconter l'histoire, car elle est des plus instructives et montre bien que l'étude préalable et le choix du terrain ont une importance capitale.

La première (n° 355) est la femme d'un de nos collègues, professeur dans une ville de province. Agée de 45 ans, elle avait tous les attributs de l'arthristime, poussées fréquentes d'eczéma, éruptions furonculeuses, etc., mais aucun des stigmates de l'hystérie proprement dite, ni anesthésies, ni boule, ni attaques. Elle souffrait depuis vingt-deux ans ; tous les traitements avaient été essayés sous la direction vigilante de son mari, toutes les eaux de France mises à contribution ; l'électricité avait échoué comme le reste. Les plus grandes douleurs remontaient à quinze ans, et depuis trois ans la malade ne quittait presque plus la chaise longue. En 1892, une crise violente m'avait été signalée ; il y avait, disait-on, de la péritonite avec fièvre et ballonnement, il y avait même une pyo-salpingite ; c'est l'histoire de toutes ces crises de névralgie pelvienne. Les phénomènes de péritonisme ayant disparu, la malade, qui avait demandé une opération, n'en voulait plus ; son mari, ne croyant pas à des lésions pressantes et n'admettant que le nervosisme, ne savait à quel saint se vouer. Charcot avait dit qu'une opération pourrait être un jour nécessaire ; Terrier l'avait conseillée avec réserve ; Rigal, sans y pousser, la laissait entrevoir comme une planche de salut, et cherchait avec le plus grand tact à calmer les craintes de la malade, à soutenir son moral et à prévenir son découragement.

C'est alors que je la vis à Paris, en juin 1894. Il y avait peu de chose dans le petit bassin, une légère rétroversion et quelques vieilles adhérences. Dans la situation déplorable où elle se trouvait, mon jugement ne pouvait hésiter, l'hysté-

rectomie vaginale avait seule des chances de succès. Malheureusement, la neurasthénie était profonde; les troubles dyspeptiques, la faiblesse des jambes, les idées tristes me faisaient prévoir à quel point il serait difficile de rendre le calme à un système nerveux éprouvé depuis si longtemps. Sans être une « fausse utérine », la malade était de celles que le traitement local risque fort de laisser en détresse; et je dis à son mari que l'opération, très facile et sans danger sérieux, aurait beaucoup de peine à la guérir, mais pourrait l'améliorer. Sans prendre aucune décision, elle me donna rendez-vous dans une ville d'eaux où je devais aller pendant les vacances.

Sur ces entrefaites, elle eut occasion de voir Brissaud, qui lui déclara que l'opération était inutile et même lui serait funeste en la rendant plus malade. Je me demandai pourquoi Brissaud avait été si affirmatif, au risque de démoraliser complètement la pauvre femme. En faisait-il une hystérique, pour méconnaître ainsi les chances qu'elle avait de tirer profit d'une intervention? Pour moi, je n'ignorais pas les conditions fâcheuses créées par la neurasthénie, mais je n'avais pas le droit de considérer la malade comme absolument incurable.

C'est ainsi qu'après bien des hésitations nouvelles, l'opération fut faite, à Royat, le 29 août 1894. Je trouvai un utérus en rétroversion mobile, de gros ovaires scléro-kystiques, des trompes légèrement indurées et des adhérences molles autour des annexes. Et qu'en advint-il? Ce qui était prévu : la malade est améliorée, elle a quitté sa chaise longue pour y revenir de temps à autre, elle marche et fait quelques visites, elle souffre moins. La guérison n'est pas franche, les douleurs moins fortes ont le même caractère qu'autrefois, mais nous sommes loin de l'aggravation prédite par Brissaud. J'espère même que l'avenir amènera de nouveaux progrès, car j'ai vu plusieurs nerveuses mettre deux années à trouver leur équilibre et à se déclarer satisfaites. Je conclus de cette observation que l'état neurasthénique prononcé est

une des pierres d'achoppement que le chirurgien doit prévoir; que, s'il est mis en demeure de passer outre, il peut, dans certaines conditions, tirer quelque parti d'une situation grave; qu'enfin nous ne devons pas tout confondre avec l'hystérie, la forme la plus rebelle et pour nous la plus désespérante. Mon deuxième cas va vous montrer combien la chirurgie est puissante quand la neurasthénie n'est pas en cause, et combien il est utile de ne pas prendre banalement pour des hystériques toutes les femmes qui ont des névralgies pelviennes.

Il s'agit, cette fois, d'une fille de 27 ans (n° 358), qui vint me trouver à Saint-Louis en novembre 1893, ayant depuis quatorze ans des douleurs utérines excessives. Élevée par des parents d'adoption qui la battaient, l'exploitaient et la nourrissaient mal, elle avait beaucoup souffert de toutes façons. Elle était sage-femme, instruite et intelligente, et gagnait aisément sa vie ; mais les crises douloureuses revenaient maintenant avec une telle fréquence qu'elle avait dû cesser tout travail. C'étaient comme de violentes contractions utérines qui l'arrêtaient au milieu de la rue, à chaque instant, sans compter les pesanteurs habituelles, le ténesme rectal, etc. Les règles étaient fort irrégulières, très peu abondantes, et revenaient quatre ou cinq fois par an. Elle était vierge, et avait un petit col étroit et difficilement perméable.

J'essayai la dilatation par les laminaires, qui ne put être supportée. Contre le vaginisme, qui rendait tout examen très pénible, je me décidai à faire la dilatation vaginale, et, à la faveur de l'anesthésie, j'y ajoutai la divulsion du col utérin. Après cette intervention, les crises névralgiques cessèrent brusquement, et je crus avoir guéri ma malade.

Mais, au bout de deux mois, toutes les douleurs étaient revenues ; et, dans le courant de l'année 1894, elle vint me dire que sa situation était intolérable, et qu'il fallait lui enlever l'utérus. Un peu surpris par cette proposition, je refusai net, et lui donnai les raisons, qui, à son âge, devaient la détourner d'une opération radicale. Elle avait prévu ma

réponse, et se retira sans mot dire. Puis elle revint, et je compris qu'elle était sérieuse. Elle connaissait bien la question, elle avait suivi des services de gynécologie et vu des malades plus ou moins semblables à elle subir longtemps sans profit des traitements palliatifs, revenir après des interventions parcimonieuses, guérir par des opérations complètes. Ses projets d'avenir étaient faits ; dans les conditions où elle devait vivre, il lui fallait la santé ; je devais reconnaître que ses raisons valaient bien les miennes.

Cependant je la renvoyai encore ; et, quand je fus de son avis, je la laissai revenir plusieurs fois avant de céder à sa prière. Puis je cédai, non parce qu'elle insistait, mais parce qu'elle avait raison.

A part la névralgie pelvienne, elle paraissait d'une bonne santé, active, dévouée, nullement aigrie par ses douleurs et par son enfance malheureuse. Son tempérament morbide n'apparaissait pas clairement ; et comme, d'autre part, il n'y avait pas trace de lésions anatomiques, ces douleurs violentes et tenaces n'étaient pas faciles à expliquer. J'espérais bien qu'avec ce bon état général et cette localisation absolue des douleurs dans le petit bassin, une opération radicale me donnerait le résultat cherché ; mais j'étais bien aise de me confirmer dans cet espoir en me faisant donner l'assurance que je n'avais affaire, chez cette malade, à aucune forme d'hystérie. Et comme Brissaud s'était trouvé en désaccord avec moi, tout récemment, dans un cas non pareil, mais comparable à celui-ci, j'eus l'idée de l'envoyer à Brissaud. Voici ce qu'il me répondit : « Il m'est impossible de rien trouver d'hystérique dans cette affaire... Je comprends que vous ayez songé à la névrose, étant donné que cette jeune femme n'a pas cessé de souffrir depuis son enfance... Si c'est de l'hystérie, c'est une hystérie monosymptomatique, et je ne crois pas beaucoup à celle-là, sous la forme viscérale. Du moins, je n'en ai jamais vu. Il n'y a aucun trouble de sensibilité, pas d'anesthésies cutanées ou sensorielles. Enfin, rien. »

Cette réponse de Brissaud m'intéresse infiniment. Voilà donc une jeune femme qui n'a pas trace de neurasthénie ou d'hypochondrie, et de plus elle n'est pas hystérique. Elle a, cependant, une névralgie pelvienne invétérée. C'est donc une névralgie, tout simplement ; et il est inutile de chercher midi à quatorze heures pour me démontrer que cette névralgie ne guérira pas.

Le fait est que celle-ci a guéri merveilleusement. L'opération fut faite le 19 septembre 1894 ; utérus petit et mobile, trompes et ovaires sains. Depuis lors, la malade n'a pas souffert un seul instant, elle a repris ses travaux et n'est plus jamais arrêtée.

Il est donc vrai que, pour un chirurgien qui sait ce qu'il fait et n'opère pas à tort et à travers, ces grandes névralgies pelviennes, qui ne méritent pas d'autre nom, quoiqu'on en puisse dire, sont justiciables de l'hystérectomie vaginale. Et c'est bien l'hystérectomie vaginale qui réussit ; car, d'après tout ce que j'ai vu, ma malade avait toutes les chances possibles de continuer de souffrir, si je lui avais laissé l'utérus et m'étais borné à la castration ovarienne.

DE L'INTERVENTION DANS L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

Par **Paul Reynier**
Chirurgien de Lariboisière.

Depuis longtemps je me suis élevé contre l'abstention et l'expectation en présence d'une hématocèle péri-utérine. Avec Lawson Tait, je préconise l'intervention précoce. Pour justifier cette opinion, je vous rappellerai les statistiques si probantes de Martin (*Cent. f Gynæ.*, 1892) : 265 cas traités par l'expectation, 63 p. 100 de morts.

585 opérées, 76 p. 100 de guérisons.

De Ross (*Amer. Journ.*, 1893) : 29 opérées, 3 morts.

7 traitées par l'expectation, 2 morts.

Enfin celle plus importante et plus récente de Cestan (thèse 1894), qui rassemble 259 cas de rupture grave; 76 fois on n'est pas intervenu, il y eut 66 morts, 11 guérisons, soit 14,2 p. 100. 173 fois on a laparotomisé : 4 résultats non indiqués; 134 guérisons, soit 78 p. 100 et 35 morts, soit 21,3 p. 100 de mortalité.

Mais n'y aurait-il pas ces statistiques, ne serait-on pas encore entraîné à intervenir rien qu'en comparant la marche de la guérison par l'intervention, ou l'expectation.

Dans un mémoire publié dans les *Bulletins de la Société de Médecine pratique* en 1892, j'ai montré que si un certain nombre d'hématocèles peuvent guérir spontanément rien que par le repos, cette guérison est beaucoup plus longue que par l'intervention, et qu'elle est rarement complète ; il persiste des lésions, qui exposent aux récidives, à la suppuration, aux pelvi-péritonites ultérieures. J'en citais des exemples ; d'autres auteurs en ont rapporté d'analogues. Dans la thèse de Cestan, vous trouverez l'histoire d'une malade, qui après avoir eu une hématocèle, finit par être hystérectomisée par M. Ledentu pour des douleurs persistantes.

L'hématocèle péri-utérine, 90 fois sur 100 au moins, a pour cause une grossesse tubo-péritonéale, ou une salpingite hémorrhagique, dont l'origine, ainsi que l'on démontré Martin, puis surtout en France M. Pilliet, sur des pièces en partie prises dans mon service, est une grossesse tubaire. Or ces troubles de la fécondation ne se produisent que par le fait de lésions antérieures, dont j'ai donné deux exemples frappants que je rappellerai ici. Il s'agissait de deux femmes que je suivais depuis un certain temps pour des lésions des annexes, qui firent de la salpingite hémorrhagique, et finalement de l'hématocèle.

Si dans d'autres cas l'hématocèle est liée à la rupture d'un kyste hématique de l'ovaire, ou d'une rupture veineuse, comme Devals le disait, et ce qui doit être tout à fait exceptionnel, il n'en reste pas moins établi que toute hématocèle, fait dire lésion antérieure des annexes. On comprend donc

que l'épanchement sanguin se résorbant, la lésion qui l'a produit n'en persiste pas moins, expliquant les récidives, ou les poussées de pelvi-péritonites ultérieures.

En présence d'une hématocèle il est donc bon et rationnel d'intervenir :

1° Dans quelques cas pour arrêter l'hémorrhagie.

2° Dans la majorité des autres cas pour débarrasser la cavité péritonéale d'un épanchement sanguin ou d'un produit de grossesse, qui peut s'infecter.

3° Pour supprimer la cause de cette hémorrhagie, enlever les annexes malades, et assurer ainsi la guérison définitive.

Pour obtenir ces résultats il nous reste maintenant à voir quelle est la meilleure intervention.

Nous avons deux voies pour aborder la collection sanguine : la voie vaginale et la voie abdominale.

Si l'hématocèle est suppurée, la voie vaginale est, sans conteste, celle de choix. C'est en somme dans ce cas un abcès qu'on ouvre, et l'ouverture vaginale, par le fait de sa position déclive, assure le drainage de cette cavité, et l'issue facile du pus évite l'infection péritonéale.

Mais nous ne voulons nous occuper ici que des hématocèles non suppurées, *des hématocètes récentes.*

Dans ce cas la voie abdominale me parait devoir être préférée.

Je ne conteste pas que par la voie vaginale, on n'ait pu évacuer des hématocèles volumineuses et obtenir de nombreuses guérisons.

Mais vous n'êtes jamais sûr de pouvoir, par cette voie, reconnaître la cause de l'hémorrhagie et la supprimer.

Je connais des exemples, où l'incision du cul-de-sac faite, il est vrai, dans un cas d'hématocèle récente, a laissé persister malgré le tamponnement, une hémorrhagie qui tua la malade.

On cite des cas, ceux de Condamin par exemple, où par l'incision du cul-de-sac, on put extraire un fœtus, enlever l'annexe, qui était cause de l'hémorrhagie, et faire aussi une

opération complète. Mais ces observations très remarquables n'entraînent pas ma conviction. Ce sont des cas exceptionnels, où l'opérateur a été bien servi par les circonstances. Tout chirurgien qui aborde une hématocèle par le cul-de-sac postérieur ne peut se targuer d'être sûr, après avoir évacué la collection sanguine, de trouver la cause de l'hémorrhagie et de la supprimer. Il peut craindre de se trouver en présence d'une grossesse, d'un placenta saignant, et alors aux prises avec de grandes difficultés.

L'hystérectomie, tout en agrandissant la voie, ne permet pas plus sûrement de faire une opération complète. Certes, encore une fois, des observations heureuses ont montré que par cette voie on pouvait réussir, mais elles n'ont pas montré qu'on pouvait toujours et sûrement réussir. Dans un cas que je regrette, j'ai abordé une hématocèle par la voie vaginale en faisant l'hystérectomie. Il me fut impossible, au milieu des caillots, de trouver la trompe malade, et je dus la laisser en place. Or, on sait aujourd'hui que ces annexes restant en place après l'hystérectomie sont une cause de douleurs pour les malades. Je ferai remarquer de plus que l'hystérectomie dans les hématocèles est condamnable par le fait seul que le plus souvent, si j'en juge par mes observations, la lésion est unilatérale ; on n'a pas dans ce cas le droit de sacrifier l'autre annexe et un utérus sain.

Par la voie abdominale vous répondez à toutes les indications, que j'ai formulées plus haut de l'intervention.

Vous pouvez par cette voie arrêter plus facilement l'hémorrhagie, si vous êtes obligés d'intervenir comme je l'ai été dans deux cas, alors que l'hémorrhagie continue et menace la vie de la malade.

Vous pouvez mieux vous rendre compte de la lésion, et la traiter en connaissance de cause. Elle permet enfin de limiter son opération et de n'enlever que ce qui est malade.

L'intervention par la voie abdominale est plus rationnelle.

A-t-elle contre elle un danger plus grand ? Je ne le crois

pas, si on intervient toutefois *de bonne heure, alors qu'il ne s'est pas produit d'infection.*

Sur 42 cas, Lawson Tait relate 40 cas de guérison, avec 2 morts : le premier, dit-il, dû à son inexpérience de technique, le deuxième parce que la malade était pratiquement *in articulo mortis* quand il l'opéra.

Price (*Amer. Journ.*, décembre 1892, février 1894) a eu 81 guérisons et 3 morts.

Gusserow, 20 laparotomies avec 3 morts.

Rochet, 5 guérisons sur 5 opérées.

Richardson, sur 8 interventions, 8 guérisons.

Et aujourd'hui je vous apporte 12 cas de guérison sur 12 opérations, mais j'ajoute tout de suite toutes opérations, sauf une, qui ont été faites, deux en pleine hémorrhagie, une quatre jours après, les autres presque toutes dans la quinzaine ou le mois qui suivait la production de l'hématocèle.

Aussi, tout en reconnaissant que dans l'hématocèle ancienne, pouvant avoir déjà subi un commencement d'infection, la laparotomie peut être, comme quelques auteurs l'ont dit, une opération grave, je pense au contraire que lorsqu'on intervient de bonne heure, c'est une opération relativement bénigne, bien entendu si on est aseptique.

Mes observations se décomposent ainsi : trois observations se rapportent à des grossesses tubo-péritonéales, une de 5 mois dont je vous présente le fœtus, une de 3 mois, une de 2 mois. Neuf se rapportent à des hématocèles liées à des salpingites hémorrhagiques : dans la moitié des cas on a pu trouver des villosités placentaires. Les autres cas par ma faute n'ont pas été examinés histologiquement.

Par conséquent, on voit que dans tous les cas dont j'ai fait faire l'examen histologique, j'ai trouvé comme cause de l'hématocèle un trouble de fécondation, ce qui justifie ce que j'ai énoncé plus haut sur la fréquence de la grossesse extra-utérine comme cause d'hématocèle.

Le manuel opératoire dans tous ces cas a été fort simple. L'incision de la cavité péritonéale faite, si je ne trouve pas

du sang épanché dans la cavité péritonéale, ou si j'ai un doute, je fais une ponction exploratrice de la tumeur ; m'étant assuré que je suis en présence d'une hématocèle, je me porte sur le bord supérieur de l'utérus que je décolle des organes environnants, épiploon et intestin qui lui sont adhérents ; je pénètre ainsi dans la cavité sanguine.

Rapidement j'enlève avec la main les caillots et le sang, puis je recherche les annexes malades que j'enlève. Je finis alors le nettoyage du foyer sanguin par un lavage à l'eau boriquée jusqu'à ce que cette eau ressorte propre, et ne ramenant plus de caillots. Je referme alors le ventre sans drainage.

Dans mes deux premières observations seulement je fis un Mikulicz.

Depuis je m'en suis toujours passé, considérant que le sang de l'hématocèle est dans la grande majorité des cas aseptique, ou tout au moins très peu dangereux.

Contre cette assertion M. Quénu s'est élevé à la Société de chirurgie, pensant que l'enkystement était une preuve de la septicité de ces foyers sanguins.

A l'appui il cita une observation où l'examen bactériologique direct ne permettait pas de reconnaître la présence de microbes dans la masse sanguine, mais où la culture fit développer des streptocoques.

Par contre, je faisais faire quelque temps après par mon interne, M. Marie, élève du laboratoire de Pasteur, une analyse qui restait stérile, sur du sang pris dans un cas d'hématocèle enkystée.

Quelque temps après MM. Hartmann et Morax, dans 3 cas de grossesse tubaire avec hémosalpinx, et dans 2 hématocèles rétro-utérines avec fièvre (38°,4, dans un cas, et 38°,8 dans un autre), n'obtinrent aucune culture par l'ensemencement d'une grande quantité de sang.

Je crois donc être en droit de dire que les épanchements sanguins, qui constituent les hématocèles, sont exceptionnellement septiques, et qu'en tout cas leur septicité étant

très minime, le lavage à l'eau boriquée, et l'acide phénique dont les éponges sont imprégnées sont suffisants pour empêcher des micro-organismes encore si peu développés, de se cultiver.

Je vous cite dix observations, qui montrent que ce raisonnement paraît être juste, puisque la guérison est survenue sans encombre, en se passant du drainage si ennuyeux à cause des fistules qui en résultent le plus souvent.

Je ferai encore remarquer combien ce manuel opératoire, qui est d'ailleurs celui de Lawson Tait, est simple, comparé à celui qu'on préconise dans les traités de chirurgie.

On y dit qu'il faut suturer les parois de l'hématocèle aux parois abdominales. Il semblerait donc que l'hématocèle est limitée par une poche, comme le serait le sang contenu dans une salpingite hémorrhagique. Rien n'est plus contraire aux faits.

Quand le sang est enkysté, ce qui se produit au bout de quelques jours généralement, si j'en juge par mes observations, ce sang est le plus souvent renfermé dans un espace limité en arrière par le rectum, en avant par l'utérus et les ligaments larges, en bas par le cul-de-sac postérieur, et en haut par l'intestin et l'épiploon adhérent au bord supérieur de l'utérus et à la trompe.

Le ventre ouvert, on tombe tout d'abord sur l'utérus et sur la face antérieure des ligaments larges repoussés contre la paroi abdominale.

Si on rompt les adhérences qui unissent le bord supérieur de l'utérus et des ligaments larges à l'épiploon et à l'intestin, on pénètre de suite dans le foyer sanguin. Il est impossible de suturer les ligaments et les débris des adhérences intestinales et épiploïques.

Quand on a suturé, on a dû très probablement pénétrer à travers le ligament large, qu'on a pu prendre pour une paroi de poche, et suturer les lèvres de cette incision au péritoine pariétal.

Quant au moment d'intervenir, je diverge un peu d'opinion avec Lawson Tait.

Dès que je suis appelé auprès d'une hématocèle commençante, je me prépare à l'opération.

Toutefois, sachant que la plus grande quantité d'hématocèles s'enkystent, que l'hémorrhagie est le plus souvent bien supportée, je relève les forces des malades avec des piqûres d'éther, les injections de caféine, la glace sur le ventre, et j'attends.

Si les phénomènes s'aggravent, j'interviens rapidement, ce que j'ai fait dans deux cas, quarante-huit heures après le début des accidents.

Mais généralement je gagne du temps, préférant ici comme dans toutes mes interventions sur l'abdomen, n'intervenir que le choc hémorrhagique passé, pour ne pas l'aggraver par le choc opératoire. Aussi est-ce dans la quinzaine qui suit le début des accidents que j'opère, de préférence, quand je suis libre toutefois.

Je conclus en préconisant l'intervention précoce, avant qu'il ne se soit produit des phénomènes d'infection.

Cette intervention évite aux malades de longs jours de souffrance, les guérit rapidement en assurant la guérison définitive.

La meilleure voie pour intervenir me paraît être la voie abdominale, qui permet de faire une opération, sans être, quand elle est précoce, dangereuse pour la malade.

Obs. I. — M. Sp..., 1890, 22 ans. Absence de règles depuis 2 mois, se croyait enceinte. 27 octobre, hémorrhagie abdominale grave, syncope, lipothymie, pâleur des téguments. Le surlendemain, pouls un peu remonté grâce aux piqûres d'éther. 29 octobre matin, faiblesse, état général mauvais s'accentuant, laparotomie d'urgence. Plus de 3 litres de sang, non enkysté dans la cavité abdominale ; ligature de l'artère utéro-ovarienne gauche arrête l'hémorrhagie, mais faiblesse oblige de refermer le ventre, de remettre la malade dans le lit sans avoir fait toilette suffisante du péritoine. Devant menace du péritoine réouverture deux jours après de la cavité abdominale. Drainage. Guérison. Bien qu'on n'ait pas trouvé le fœtus, le diagnostic paraît certain de grossesse extra-

utérine de 2 mois. L'observation a été publiée au long au Congrès de chirurgie 1891.

Obs. II. — Victorine K..., 26 septembre 1891. Hôpital Tenon. 36 ans, 9 enfants. 15 jours avant son entrée, règles s'arrêtant brusquement; douleurs dans le ventre, syncope à l'entrée 26 septembre; ventre mat à la partie inférieure, cul-de-sac postérieur tombant dans le vagin : utérus repoussé en avant. Diagnostic, hématocèle. Opération, laparotomie le 8 octobre, sang épanché dans le cul-de-sac postérieur. Salpingite hémorrhagique, distincte de la collection sanguine. Nettoyage de la cavité. Drainage. Guérison.

Obs. III. — Cor..., octobre 1891, Tenon; laparotomie le 4 octobre pour grosse hématocèle du cul-de-sac postérieur. Salpingite hémorrhagique concomitante. Ablation de la salpingite hémorrhagique, ligature de l'artère utéro-ovarienne. Pas de drainage. Guérison. — Malade depuis 3 mois, n'avait plus ses règles. Elle perdait du sang irrégulièrement. 12 jours auparavant, syncope. Ventre se ballonne. A l'entrée, diagnostic avait été fait d'hématocèle.

Obs. IV. — Pouj..., 1891, 30 juillet, entre à Tenon. — 15 jours avant l'entrée, au moment des règles, arrêt brusque de la menstruation, douleur vive dans le côté gauche, vomissements : laparotomie 3 juillet, salpingite hémorrhagique gauche, ovaire kystique. Kyste contenant du sang. Collection sanguine et caillots dans le cul-de-sac postérieur, de quoi remplir la moitié d'une cuvette ordinaire nettoyage; du péritoine, lavage à l'eau boriquée, pas de drainage. Guérison.

Obs. V. — Cal...; Tenon. Il y a deux mois, au moment des règles, arrêt brusque, douleur dans le ventre, puis les règles recommencent, pas de règles le mois suivant. Il y a 12 jours, douleurs dans le ventre, pâleur du visage, lèvres décolorées. Trois jours après son entrée, 26 janvier, laparotomie; hématocèle, 1,200 grammes de sang enkysté en caillots, dans le petit bassin. Trompe et ovaire gauche dissociés ; hémorrhagie, paraît s'être faite entre les deux organes. Trompe remplie de sang. Pas de drainage. Guérison.

Obs. VI. — Rif..., 1892, Tenon. Dernières règles 22 septembre, durant huit jours ; au bout de ce temps, syncope dans la rue. Depuis 12 jours, ventre augmente de volume; cul-de-sac postérieur bombé, utérus repoussé en avant, augmenté de volume. Diagnos-

tic, hématocèle ; laparotomie. Au milieu des caillots de sang, œuf contenant un placenta et un fœtus de 4 mois que rien dans l'interrogatoire de la malade n'avait pu faire soupçonner ; lavage avec eau boriquée. Pas de drainage. Guérison.

Obs. VII. — Gai..., 1892, Tenon, 40 ans. Depuis 3 mois, règles viennent irrégulièrement ; il y a 15 jours, menstruation subitement suivie de douleur dans le ventre, qui se ballonne ; vomissements, facies pâle, cul-de-sac postérieur distendu. Laparotomie, hématocèle peu volumineuse, sang et caillots (contenance de 2 verres) dans le cul-de-sac postérieur, trompe au-dessus de l'ovaire droit, trompe remplie de sang, ovaire à kyste sanguin. Pendant l'ablation, il a été déchiré, difficile de dire d'où vient le sang.

Obs. VIII. — Hortense Meg..., 23 ans. Hôpital Tenon, 20 novembre 1892. Réglée à 12 ans, douleurs à droite. Premier accouchement normal à 21 ans. Fausse couche de trois mois à 25 ans.

Règles irrégulières depuis ce temps. Depuis six mois, les douleurs à droite ont augmenté. Depuis trois semaines, perd du sang, ce qui la décide à venir. Ventre douloureux, ballonné. Au toucher, utérus en avant du cul-de-sac postérieur, qui bombe dans le vagin. Opération. Laparotomie. Utérus en avant du cul-de-sac de Douglas. Caillots sanguins au milieu de la trompe droite. Adhérence augmentée de volume, qui est pédiculisée par nous. Elle contient du sang. A gauche, annexes saines. Pas de drainage. Guérison.

Obs. IX. — Win..., 6 juillet, est prise de douleurs brusques dans le ventre avec vomissements. Obligée de s'aliter. Depuis deux mois elle ne voyait plus, les règles venaient de réapparaître quand ces douleurs l'ont prise. Les règles qui n'avaient paru qu'un jour, depuis huit jours ont reparu, ou plutôt un écoulement de sang paraît. Toucher. Utérus en avant. Masse molle du cul-de-sac postérieur. Diagnostic hématocèle. Laparotomie le 30. Hématocèle du cul-de-sac postérieur. Salpingite hémorrhagique gauche. Annexes droites saines. Sang infiltre le ligament large gauche, paraît venir de la rupture d'un vaisseau intra-ovarien. Pas de drainage. Guérison.

Obs. X. — Marie D..., 33 ans, 1893, juillet. Tenon. Depuis trois mois, absence de règles véritables. Par moment, écoulement sanguin qui dure une journée. Il y a vingt jours, douleur dans le ventre, menace de syncope ; s'est alitée. Ventre a grossi. Laparo-

tomie. Diagnostic : hématocèle. Sang épanché avec caillots dans le cul-de-sac postérieur. Appendu à la trompe, moitié dans le pavillon, œuf contenant fœtus de trois mois environ avec placenta gros comme le creux de la main. Hémorrhagie a dû provenir de la rupture sur un point de cet œuf. Pas de drainage. Guérison.

OBS. XI. — Dec..., 27 ans, a eu trois enfants, souffre du ventre depuis six ans, dernières règles 22 septembre. Reste six semaines sans les avoir. Règles le 5 mars. 20 mars, poussée de fièvre et douleurs augmentant jusqu'au jour de l'entrée. 8 avril. Examen. Utérus gros, dans le cul-de-sac. Grosse masse, qui fait saillie, fluctuante. Opération. Incision du cul-de-sac. Sang noirâtre s'écoule. Tamponnement à la gaze iodoformée. Ventre toujours ballonné. Quelques jours après, laparotomie. Guérison.

OBS. XII. — Cécile Aug..., 1893, 30 ans. Réglée à 15 ans. Premier enfant à 19 ans. Deuxième à 24, troisième à 26 ans. Il y a trois mois, les règles se sont arrêtées, puis ont reparu après deux mois de suspension. Brusquement, douleurs dans le ventre. Obligée de s'aliter. Ventre se ballonne. Entre à l'hôpital le 15 octobre 1893. Utérus porté en avant. Dans le cul-de-sac postérieur, masse fluctuante. Ponction de cette masse avec trocart fin. Sang s'écoule. Laparotomie le 25 octobre. Hématocèle dans cul-de-sac postérieur. Ovaire kystique et salpingite hémorrhagique gauche. Ligament large infiltré de sang, déchiré. Dans les vaisseaux utéro-ovariens, elle paraît être la source de l'hémorrhagie.

UN FAIT D'HÉMATOCÈLE SOUS-PÉRITONÉO-PELVIENNE TRAITÉE PAR L'INCISION ISCHIO-RECTALE ET LA DÉCORTICATION DE LA POCHE

Par F. Lejars,
Agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

L'histoire de l'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne est encore trop complexe et trop incomplète, pour qu'il ne soit pas utile d'en recueillir et d'en analyser tous les faits. L'observation suivante se marque, d'ailleurs, et par le volume de la

tumeur sanguine, et par la localisation très nette que l'opération a permis de constater, et par la voie qui a été suivie pour l'ouverture et la décortication de la poche.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, que j'opérai à la Pitié, dans le service de M. le Dr Paul Reclus, alors absent, en septembre 1894.

Jusqu'à l'âge de 42 ans, elle n'avait eu que des affections banales et sans gravité ; elle était bien réglée; sa première grossesse, qui datait de vingt-quatre ans, s'était passée sans incidents ; la seconde datait de dix-huit ans et n'avait été suivie, non plus, d'aucune complication. Pas de fausse couche, jamais de douleurs abdominales, aucun accident pelvien.

C'est à une attaque d'influenza, qui remonte à cinq ans, que la malade rapporte le début de ses souffrances. Brusquement, sans motif, elle fut prise d'une métrorrhagie abondante ; dès lors, la menstruation cessa d'être régulière ; les pertes reparaissaient tantôt deux fois par mois, tantôt toutes les semaines ; elles n'étaient, du reste, jamais très considérables, et n'ont entraîné qu'une anémie légère. Aujourd'hui encore, l'état général est très satisfaisant.

L'âge de notre malade eût peut-être suffi à expliquer les bizarreries menstruelles, sans les douleurs, assez vives pour imposer le repos au lit, irradiées dans les reins et les cuisses, qui accompagnaient chaque période, et que la patiente compare aux douleurs de l'accouchement ; de plus, la défécation et la miction commencèrent, dès ce moment, à être difficiles ; la constipation était ordinaire, elle se compliquait de ténesme, de faux besoins, et les selles n'avaient pas lieu sans de grands efforts ; la miction était aussi notablement gênée.

Tous ces phénomènes fonctionnels se sont aggravés depuis deux ans. Il y a un an, la malade s'apercevait elle même de la présence d'une tumeur, d'une sorte de bosse saillante, en dessous de la fesse droite. Depuis, elle a remarqué que la grosseur, tout en augmentant progressivement de volume, semble croître surtout au moment des règles, et devient alors plus proéminente et plus tendue.

Voici ce que nous constatons, à l'examen de la région vulvo-périnéale. A droite de l'anus, au niveau de la fosse ischio-rectale, les téguments sont soulevés par une bosselure arrondie, aussi grosse que le poing, de contours assez nets, et dont le relief se

prolonge en avant jusqu'au delà du bord de la fourchette. Cette tumeur est de surface lisse et régulière, recouverte par une peau de teinte légèrement violacée. A la main, elle présente une certaine consistance et paraît rénitente plutôt que nettement fluctuante. Elle ne figure que le pôle inférieur, apparent, d'une vaste poche, que l'exploration du rectum, du vagin et de la fosse iliaque permet de retrouver et de suivre dans tout son développement.

Le doigt ne pénètre pas sans peine dans le rectum : une grosse masse, en dos d'âne, lisse et indurée, qui soulève la paroi latérale droite, en efface à peu près complètement la lumière. Bien que la tumeur ne soit que vaguement fluctuante, la transmission est pourtant très nette, du rectum à la fosse ischio-rectale.

Dans le vagin on découvre aussi une volumineuse tumeur qui occupe et soulève en relief, toute la hauteur de la paroi postéro-latérale, qui entrave le toucher et ne laisse le doigt atteindre qu'avec beaucoup de peine le col utérin, très haut situé. L'utérus est, en effet, soulevé en masse, et, au-dessus du pubis, il est aisé de le sentir et de reconnaître que, très mobile et plutôt un peu petit, il a conservé sa forme et toute son apparence normale.

Enfin, la fosse iliaque droite est remplie, dans toute sa moitié inférieure, par l'énorme poche, dont il devient, dès lors, assez facile d'établir la topographie. J'ajoute que la pression et toutes les manœuvres d'exploration ne provoquaient que très peu de douleur. La température était, d'ailleurs, normale, mais la collection semblait grossir plus vite et s'accroître de jour en jour.

Nous n'étions nullement hésitant sur la nature du contenu, car, à part même la consistance spéciale, pâteuse, indurée par places, fluctuante dans l'ensemble, une ponction, pratiquée peu de jours avant par M. Lapointe, interne du service (1), avait donné issue à un liquide, de coloration brunâtre, chocolat. Nous étions en présence d'une poche hématique, et nous venions de relever tous les caractères objectifs de l'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne.

J'intervins, le 7 septembre, sous le chloroforme, et je pratiquai l'opération suivante. J'attaquai par la région ischio-rectale, où elle dessinait une si forte saillie, la tumeur sanguine. La malade étant dans la position dorso-sacrée, je fis à six centimètres environ

(1) M. Lapointe nous a fourni très obligeamment les notes qu'il avait recueillies, jour par jour, sur notre malade.

en dehors de l'anus et de la fourchette, sur le relief de la tumeur, une incision antéro-postérieure de dix centimètres; j'arrivai presque aussitôt sur la poche, dont la paroi rougeâtre apparut, dès que j'eus sectionné la peau, la graisse et une lame fibreuse, je la ponctionnai au bistouri, puis j'agrandis largement l'ouverture, dans toute la hauteur de l'incision cutanée : il sortit une abondante quantité, un litre environ, d'un liquide épais, brunâtre, de couleur chocolat, et mêlé de gros caillots noirs, qui tapissaient tout le fond de la poche. Quand elle fut complètement vidée et soigneusement lavée à la solution de sublimé à 1 pour 3000, je me rendis compte de ses énormes dimensions et de sa situation exacte. Elle remontait si haut que non seulement le doigt et la main à demi introduites n'en pouvaient atteindre le cul-de-sac supérieur, mais qu'une longue curette, introduite de 20 centim. environ, parvint seule à détacher les caillots qui incrustaient encore cet arrière-fond. La poche était, d'ailleurs, parfaitement close de toutes parts; elle occupait toute la moitié droite du bassin, et l'on sentait, en dedans, l'utérus refoulé, et plus bas, deux sortes de voussures molles, représentant le vagin et le rectum.

A la partie toute supérieure, une masse noirâtre du volume d'un petit œuf, faisait relief dans la cavité et semblait comme appendue au cul-de-sac supérieur; je la saisis avec un clamp et cherchai à la pédiculiser, mais elle se déchira et fut extraite en deux fragments. Elle était extrêmement friable et présentait vaguement l'aspect du tissu ovarien ; nous verrons tout à l'heure que ce n'était là qu'une apparence.

Je me mis alors en devoir de décortiquer et extirper la paroi de cette énorme poche, paroi résistante, d'épaisseur variable, atteignant par places jusqu'à un demi-centimètre ; le travail de dissection fut d'abord assez facile, mais à mesure que je gagnais une région plus élevée, les adhérences devenaient plus étroites et plus larges. Ce fut surtout en dedans, au niveau de la paroi rectale et en haut que les difficultés furent grandes ; il fallut poursuivre très lentement, en s'aidant des ciseaux et du doigt, la manœuvre de dissociation. Pourtant, à mesure que la poche était libérée, les tractions exercées sur elle abaissaient son cul-de-sac supérieur, qui devenait de plus en plus accessible, et la dissection se faisait toujours de la sorte, non pas à l'aveugle, mais sous les yeux. Je constatai, au cours de ce long travail, que la poche avait

refoulé et dissocié le releveur de l'anus, dont les faisceaux éparpillés montraient sa face externe. En dedans elle adhérait entièrement aux parois du rectum, qu'on ne parvint à isoler qu'avec grand'peine. Enfin la décortication se compléta sans accident; j'avais réussi, en la morcelant peu à peu, à extirper toute la poche et j'ajoute qu'en haut le péritoine n'était pas ouvert: j'apercevais une sorte de membrane grisâtre et flottante, qui s'était notablement abaissée; or, en aucun point, je n'y découvrais de perforation.

L'hémostase fut soigneusement faite, car la vascularisation très grande de la poche et du tissu ambiant, avait nécessité de nombreuses ligatures; puis, après un lavage abondant, la cavité ischio-rectale fut tamponnée à la gaze salolée, et l'incision superficielle rétrécie, en avant, par quelques points de suture.

Les suites de cette opération furent traversées par un incident, que l'amincissement de la paroi rectale en certains points était de nature à faire craindre. Au second jour, l'état général étant d'ailleurs très satisfaisant, il y avait une légère élévation thermique et le tamponnement était souillé par de la sérosité sanguinolente. On retira le tamponnement salolé, qui présentait une odeur fécaloïde des plus nettes.

Au troisième jour, la sérosité ayant de nouveau imbibé le pansement, on retrouvait la même odeur, sans qu'il y eût encore traces de matières fécales sur les bandelettes du tamponnement. D'ailleurs, par le rectum, on ne découvrait aucune apparence d'orifice.

Au quatrième jour, la malade, grâce au calomel et à un lavement, avait plusieurs selles, et le soir M. Lapointe trouvait le tamponnement souillé de matières fécales, qui s'écoulaient par la plaie ischio-rectale. La paroi rectale avait cédé et une fistule stercorale s'était établie; elle devait être d'ailleurs assez petite, car une exploration soignée ne permit pas de la découvrir.

Cet accident n'empêcha pas la malade de se rétablir vite, et, au bout de quelques semaines, la plus grande partie de l'énorme poche était comblée; il ne restait plus qu'une cavité fistuleuse assez étroite, communiquant, en haut, par un orifice devenu très net, avec le rectum. Les matières fécales continuaient à s'écouler largement par cette voie anormale.

La 8 octobre, j'opérai ce trajet recto-cutané comme une fistule à l'anus ordinaire, en fendant la cloison qui le séparait de la cavité.

La plaie se rétrécit peu à peu, mais elle laissa à sa suite, une incontinence, due à la lésion sphinctérienne et à l'élargissement du canal anal.

Aussi, le 8 décembre, je pratiquai une ano-rectorhaphie postérieure qui me permit de rendre à l'anus ses conditions de fonctionnement normal ; quelques mois après, une petite intervention complémentaire acheva de faire disparaître à peu près complètement l'incontinence, et la malade, que, depuis longtemps, cet incident, seul, retenait dans nos salles, sortit de l'hôpital Beaujon, où je l'avais fait passer, dans un excellent état de santé.

L'examen de la poche et de cette petite masse d'apparence ovarienne, que nous avions détachée de son cul-de-sac supérieur, n'a donné que des résultats peu intéressants : la paroi était simplement fibreuse, la petite masse était formée « de tissu conjonctif jeune, avec, de place en place, des capillaires à paroi composée seulement de cellules endothéliales, et, sur certains points, des dépôts de fibrine ». (Examen pratiqué par M. le Dr Bezançon, chef de laboratoire à la clinique chirurgicale de la Pitié.) Je me garderai donc de formuler aucune hypothèse pathogénique. Ce que je tiens à mettre en lumière, c'est la topographie exacte, telle que j'ai pu la relever nettement, au cours de l'opération, du kyste sanguin qui occupait l'épaisseur du ligament large, avait refoulé les annexes par en haut, l'utérus par en dedans, remplissait toute la moitié latérale de l'excavation, distendait le releveur de l'anus, l'éraillait, et venait soulever les téguments au niveau de la fosse ischio-rectale.

Ce dernier fait commandait en quelque sorte, ici, la voie à suivre pour attaquer la collection. Cette voie ischio-rectale semble, du reste, favorable, puisqu'elle nous a permis, non seulement de vider la poche hématique, mais de décortiquer la paroi dans sa totalité, et je rappelle que le fond de la poche s'abaisse et devient accessible, à mesure que la dissection s'avance, ce qui aide beaucoup au travail de dissociation, J'aurais pu me borner, sans doute, à ouvrir largement et à tamponner cette énorme cavité, et, de la sorte, j'aurais évité

la fistule stercorale, qui a nécessité une intervention réparatrice secondaire; mais la poche me semblait de dimensions trop vastes, pour se prêter à l'application de cette méthode : elle eût exigé trop de temps pour se combler, et peut-être une longue fistule pelvi-rectale supérieure eût été le dernier terme de ce processus d'oblitération spontanée. Du reste, en ne poursuivant pas la dissection jusqu'au bout au niveau de la paroi latérale du rectum, j'aurais évité d'en amincir les tuniques au point de rendre une perforation à peu près inévitable, et c'est le parti que je prendrais, dans un autre cas de ce genre, l'observation précédente m'ayant montré que ces grandes poches sous-péritonéo-pelviennes adhèrent surtout en dedans, au vagin et plus encore au rectum, et que c'est là seulement que leur décortication peut présenter quelques dangers.

SUR UN CAS DE GROSSESSE TUBAIRE TERMINÉE PAR RUPTURE ET GUÉRIE PAR L'INTERVENTION

Par le Dr **A. Demoulin**
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Je désire vous entretenir d'un cas de grossesse tubaire terminée par rupture: rupture suivie d'un vaste épanchement sanguin intra-péritonéal. Je pratiquai la laparotomie huit heures après le début des accidents; la malade a été sauvée par cette intervention.

C'est dans le service de M. Reclus que se trouvait la malade, c'est à la bienveillance de ce maître distingué que je dois de pouvoir rapporter l'observation que voici :

Alice G..., 30 ans, ménagère, entre le 27 mai 1895, à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, lit nº 3.

Pas d'antécédents héréditaires dignes d'être notés.

Rien dans les antécédents personnels, n'a jamais été malade ; a eu 2 enfants à terme, l'un mort à 4 ans, l'autre à 6 mois, tous deux

de méningite. — Suites de couches normales. G... avait depuis 6 semaines un retard des règles et malgré cela ne se croyait pas enceinte.

Le 27 mai, vers dix heures du matin, elle est prise, brusquement et sans cause appréciable, d'une douleur vive, irradiée à tout l'abdomen, bientôt suivie d'un état syncopal.

Transportée à la Pitié où je la vois vers six heures du soir, huit heures par conséquent après le début des accidents.

Tous les signes d'une hémorrhagie interne, grave. Pâleur de la face, pouls imperceptible, temp. axill. : 35°,7. Soif vive.

Le ventre est uniformément tendu, les muscles de la paroi sont contractés, la sensibilité de l'abdomen à la pression est vive, la percussion est presque impossible et je ne constate, après avoir vidé la vessie qui ne contenait qu'une faible quantité d'urine, qu'un peu de submatité dans la région hypogastrique.

On ne sent pas de tumeur par le toucher vaginal, les culs-de-sac ne tombent pas, l'utérus est fort mobile et le toucher rectal montre qu'il est gros, un peu rétrofléchi sur le col.

Diagnostic : Vaste hémorrhagie intra-péritonéale, très probablement due à la rupture d'une grossesse tubaire (retard de six semaines dans la menstruation).

La malade était si faible que j'hésitai un moment à l'opérer ; je me ravisai et après l'avoir fait endormir avec l'éther, je pratiquai la laparotomie.

Incision de l'ombilic au pubis sur la ligne médiane.

Le péritoine ouvert, les intestins se montrent immédiatement, flottant à la surface d'une nappe sanguine en partie liquide, en partie formée de caillots noirâtres.

Les intestins sont relevés par en haut à l'aide d'une compresse aseptique, la main droite introduite dans l'abdomen à la recherche du fond de l'utérus. Il n'y a rien du côté des annexes droites explorées les premières; mais à gauche, je saisis sur le bord supérieur du ligament large une masse de la grosseur d'un petit œuf, elle saigne dans la main. Elle se laisse facilement attirer au dehors, c'est la trompe rompue et l'ovaire; sur leur pédicule un clamp est appliqué. L'hémorrhagie s'arrête. Avec des compresses aseptiques, nettoyage rapide de la cavité du petit bassin, des fosses iliaques et des fosses lombaires; nous retirons ainsi deux litres au moins de sang et de caillots. Clamp remplacé par une

ligature double au fil de soie, section du pédicule de la trompe et de l'ovaire qui sont enlevés. Le péritoine est sain.

Pas de drainage.

Suture de la paroi en un seul plan.

L'opération a duré dix-huit minutes. A noter qu'aussitôt que la malade fut soumise aux inhalations d'éther, le pouls devint perceptible.

Immédiatement après l'intervention, injection dans la profondeur d'une des fesses de 100 grammes de sérum artificiel.

(L'examen des caillots fait découvrir la présence d'un embryon de 20 millimètres de longueur, et celui de la trompe un amincissement de la paroi tubaire au niveau duquel est une rupture d'une longueur d'un centimètre et demi environ. Il y a dans la cavité de la trompe quelques caillots et des débris placentaires. Il s'agit donc bien, d'après les dimensions de l'embryon, d'une grossesse tubaire de six semaines.)

La malade eut de la peine à triompher de l'état anémique grave où elle se trouvait; elle y parvînt grâce aux injections de sérum qui furent répétées pendant trois jours. La température se releva peu à peu, atteignit 38° le soir du troisième jour après l'opération et resta normale depuis cette époque.

Les fils furent enlevés au huitième jour.

La malade quittait l'hôpital le 20 juin, encore un peu anémiée, mais en bon état, avec une cicatrice irréprochable.

J'ai employé à dessein le terme : *épanchement sanguin intra-péritonéal*, car : « *l'épanchement de sang, l'hémorrhagie intra-pelvienne ne doit pas être confondue avec l'hématocèle. Ce mot qui a une signification à la fois anatomique et clinique doit être réservé aux collections sanguines enkystées...* » (Pozzi, Traité de gynécologie clinique et opératoire.)

Les précédents orateurs, MM. Bouilly, Reynier, viennent de nous entretenir, avec le talent que chacun se plaît à leur reconnaître, du traitement de l'hématocèle telle que nous venons de la définir, et nous ont dit leurs préférences en ce qui touche la voie de l'intervention ; les quelques considérations que je désire vous présenter s'appliqueront seule-

ment au traitement de ces vastes épanchements sanguins intra-péritonéaux qui suivent la rupture de la grossesse tubaire et qui mettent immédiatement la vie des malades en danger.

Un précepte élémentaire de chirurgie est que quand on se trouve en présence d'une hémorrhagie il faut aller rechercher sa source au plus vite afin de la tarir. Je m'y suis conformé, et je n'insisterais pas, si, sur le point qui nous occupe en ce moment, les chirurgiens étaient d'accord. Ils ne le sont malheureusement pas en présence de ces cas improprement appelés : hématocèle à début dramatique par Bernutz, hématocèle cataclysmique par Barnes. Ce sont là des termes qui, réserves faites pour le mot hématocèle, ne donnent pas moins une idée de la soudaineté et de la gravité des accidents.

Ici en effet, les chirurgiens se divisent en non-interventionnistes et en interventionnistes.

Il me serait facile de citer des noms, je renvoie ceux qui voudraient avoir, à ce sujet, des détails complets, à l'excellente thèse de Cestan, auquel j'emprunterai quelques chiffres pour soutenir l'opinion que je défends, à savoir que : quand on se trouve en présence d'une hémorrhagie intra-péritonéale grave et que les commémoratifs recueillis permettent de penser à la rupture d'une grossesse ectopique (tubaire dans l'immense majorité des cas), le devoir du chirurgien est d'intervenir le plus tôt possible.

Les non-interventionnistes disent : Si le cas est grave, n'opérez pas la malade, cela l'achèverait. Attendez, l'état pourra s'améliorer et alors vous interviendrez. Mais, je suis en présence d'une malade qui se meurt, je ne sais pas si son état s'améliorera malgré les moyens médicaux les plus rationnels, et, s'il s'aggrave, je regretterai de n'avoir pas opéré. D'ailleurs, où sont les signes qui, en présence d'une malade qui s'éteint, peuvent faire penser que l'hémorrhagie s'arrêtera.

Voilà pour le raisonnement. Passons aux chiffres.

Lawson Tait, avant que les pratiques de l'antisepsie lui eussent permis d'intervenir, a vu 38 malades, dans des cas analogues au nôtre; pas une n'a guéri, toutes sont mortes.

Cestan (1), dans sa thèse, réunit 76 cas d'hémorrhagie grave intra-péritonéale à la suite de rupture de grossesses ectopiques et dans lesquels on n'est pas intervenu : il trouve 66 morts, 11 guérisons, soit 85,8 p. 100 de mortalité contre 14,2 p. 100 de survie. Voilà des chiffres qui pour être moins sombres que ceux de Lawson Tait, ne sont guère rassurants.

Voyons maintenant les résultats obtenus par les interventionnistes.

Lawson Tait a depuis 1878 opéré systématiquement ses malades. Il avait antérieurement vu, sans intervenir, 38 morts sur 38 malades, et voilà que sur 42 opérées à l'heure actuelle, il compte 40 succès et 2 morts seulement.

Cestan réunit à son tour 173 cas de laparotomie ; 4 résultats ne sont pas indiqués ; 134 fois il y a guérison, soit une proportion de 78,7 p. 100, 35 fois les malades succombent, soit 21,3 p. 100 de mortalité.

Mais il y a ici des cas divers : si dans tous il s'agit d'hémorrhagie grave, il n'en est pas moins vrai que certaines malades ont été opérées immédiatement tandis que d'autres ne l'ont été que dans les cinq premiers jours, au bout de trois semaines, d'un mois même. Il y a donc dans ces chiffres des cas où le sang a eu le temps de s'enkyster, où il s'agit de véritables hématocèles.

Aussi, pour serrer la question de plus près, ne prenons que les malades opérées dans les premières heures qui suivent l'accident. Cestan nous donne le tableau suivant :

24 cas :

19 guérisons, soit : 79,1 0/0
5 morts — 20,9 0/0

(1) CESTAN. *Des hémorrhagies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne, considérées particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire. Pathogénie. Traitement.* Th. Paris, 24 juillet 1894.

Si nous ajoutons à ces faits une observation de Ricard (non encore publiée, croyons-nous) qui, huit jours avant nous et dans le même service, opéra avec succès un cas peut-être plus grave encore que le nôtre (d'après l'affirmation des internes de M. Reclus) et qui guérit sa malade ; si nous y ajoutons le nôtre, la proportion de guérisons se relève encore. Nous avons alors :

26 cas :

21 guérisons, soit :	80,77	0/0
5 morts —	19,23	0/0

En lisant la thèse de Cestan déjà si souvent citée, on trouve que quand on n'intervient pas dans les premières heures mais seulement dans les cinq premiers jours qui suivent, alors que la malade a eu le temps de se relever un peu de son ictus hémorrhagique, la proportion des guérisons est encore plus grande.

Sur 61 cas opérés dans ce délai, il y a eu :

51 guérisons, soit	82 0/0.
11 morts —	18 0/0.

Ceux qui ne veulent point intervenir immédiatement pourront nous objecter victorieusement ces derniers chiffres. Mais outre qu'ils se rapprochent sensiblement des nôtres, nous rappellerons simplement pour soutenir notre opinion, que ces malades qui ont échappé au danger de la première heure, sont bien rares puisque sur 76 cas d'hémorrhagie grave, dont nous parlions tout à l'heure, et où on n'est pas intervenu, il y a eu 85,8 p. 100 de mortalité et 14,2 p. 100 seulement de guérison. D'ailleurs, je le répète encore une fois, qu'on nous donne quelques signes, un seul même qui nous permette de dire que l'hémorrhagie s'arrêtera, j'apprendrai à le connaître avec empressement et je consentirai à n'opérer les malades que quand elles se seront relevées un peu. Jusque-là je resterai partisan de l'intervention dans les premières heures.

M. Cestan fait remarquer avec raison que les injections de sérum sont un auxiliaire des plus précieux pour soutenir les malades, elles ont certainement sauvé quelques femmes qui sans elles auraient succombé.

Dans le cas que je viens de rapporter, j'ai noté que le pouls s'était un peu relevé pendant que la malade absorbait de l'éther; peut-être cet agent anesthésique quand il n'y a point de contre-indication à son emploi (nuit, âge, affections pulmonaires, etc.) et dans le cas présent, mérite-t-il d'être préféré au chloroforme.

Je n'ai rien dit de la voie qu'il convient de suivre pour arriver sur la trompe rompue, parce que tout le monde est d'accord sur ce point; l'incision vaginale doit être absolument rejetée, la laparotomie seule permet de voir clair et de faire ce qu'il faut.

INUTILITÉ DE L'ABLATION DES OVAIRES, MÊME ALTÉRÉS, POUR GUÉRIR L'HYSTÉRIE

Par **Pamard** (d'Avignon).

Les observations dans lesquelles l'ablation des ovaires a fait cesser le trouble nerveux caractéristique de l'hystérie sont nombreuses.

J'ai cru donc intéressant de citer un cas dans lequel l'ablation de deux ovaires, ayant subi la dégénérescence kystique, n'a procuré à la malade, placée il est vrai dans des conditions hygiéniques particulières, qu'une amélioration passagère suivie d'un prompt retour à l'état primitif.

J'ai été appelé, dans le courant de l'hiver de 1892, à donner mes soins à une jeune religieuse cloîtrée, âgée de 25 ans, présentant depuis un an des troubles nerveux : ceux-ci, caractéristiques de l'hystérie, variables et ayant résisté à tous traitements.

Avant d'entrer en religion, née dans un village et paraissant jouir d'une constitution vigoureuse, n'a eu en fait de troubles nerveux qu'une syncope prolongée à la suite d'une émotion violente.

J'ai été appelé comme chirurgien, cette jeune fille accusant des douleurs très vives dans le ventre qui s'exaspéraient à chaque époque menstruelle. Il y avait lieu, avant de proposer une intervention quelconque, de faire un examen complet sous le chloroforme. Je le conseillai et n'eus aucune difficulté à l'obtenir de femmes pour la plupart fort intelligentes. Je trouvai les deux ovaires volumineux, surtout le droit, et par conséquent indiqué pour l'ablation.

L'opération fut faite au mois de mai 1892 suivant les règles de l'antisepsie la plus classique, avec l'assistance de M. le Dr Troussaint; le Dr Isnard donnait le chloroforme. Elle fut des plus simples : petite incision permettant d'amener au dehors d'abord l'ovaire droit qui présentait le volume d'un œuf de poule hérissé à la surface de petites bosselures constituées par autant de petits kystes (ce qui légitime son ablation); et puis ensuite l'ovaire gauche qui, quoique moins volumineux, présentait les mêmes altérations.

Les suites sont des plus bénignes : pas de température, réunion par première intention. Au bout de trois semaines la malade peut aller à la messe; elle se rétablit rapidement, l'appétit est revenu et avec lui la bonne mine. Aucun trouble du système nerveux; les règles reviennent régulièrement, elles sont peu colorées.

Cet état très satisfaisant dure plusieurs mois, mais à la fin de décembre la malade recommence à souffrir de douleurs internes dans le ventre et se plaint notamment d'une sensation de bride qui la tiraille.

Je me décidai facilement à une seconde intervention que demandait la patiente et que réclamaient ses supérieures. Elle était sûrement bénigne et pouvait nous mettre sur la voie d'un désordre anatomique que nous faisions cesser; enfin je comptais sur son action suggestive au point de vue moral.

La seconde opération fut faite à la fin de janvier avec les mêmes aides. Je trouvai une portion de l'épiploon adhérente à la cicatrice, elle fut réséquée entre deux ligatures et j'eus soin de la montrer à la malade après son réveil. Les suites furent encore meilleures que la première fois : en quinze jours la guérison était complète.

Conséquences de l'intenvention encore une fois des plus heureuses; la malade reprit ses occupations, mais pas pour longtemps

malheureusement. Sous l'influence de certaines contrariétés, d'une hygiène forcément mauvaise (celle des communautés cloîtrées), les accidents nerveux reparurent bientôt, c'est-à-dire au bout de quelques mois.

J'obtins alors des supérieures de ma jeune opérée l'autorisation pour elle de rompre la vie du cloître pendant quelques mois, de l'envoyer dans sa famille et de la faire conduire à Lourdes ; j'espérais toujours que la suggestion produite par ce fameux pèlerinage aurait les plus heureux résultats.

Tant que la jeune fille demeura dans sa famille (de septembre à la mi-décembre) elle ne présenta aucun accident et cet état satisfaisant persista même pendant quelque temps après sa rentrée dans la communauté; mais bientôt les troubles nerveux reparurent, avec une intensité variable, avec les localisations les plus diverses et les manifestations les plus imprévues.

Toutes les médications ont été exagérées, elle est soignée avec un dévouement et une intelligence que je ne saurais trop louer. Rien n'y fait et la médecine reste impuissante là où la chirurgie a échoué.

PROCIDENCE DU VAGIN OU COLPOCÈLE

Des deux parois : COLPOCÈLE VÉSICO-RECTALE. — *De la paroi antérieure :* COLPOCÈLE VÉSICALE OU CYSTOCÈLE. — *De la paroi postérieure :* COLPOCÈLE RECTALE OU RECTOCÈLE.

Par le Dr Berrut.

Parmi les malades qui viennent réclamer nos soins comme atteintes de déplacements utérins, nous en avons observé quelques-unes chez lesquelles l'utérus était en situation normale.

C'est sur ces faits que je veux appeler un instant l'attention des membres du Congrès.

Ce que j'ai rencontré chez ces malades, c'est une procidence du vagin.

Un accouchement, un effort, toute pression refoulant les

organes abdominaux vers le vagin peut distendre ses parois, les décoller et produire une colpocèle.

Au point de vue de la physiologie pathologique, ces malades accusent comme symptômes subjectifs : le ténesme vésical et rectal, la difficulté de la station et de la marche, une douleur gravative à la région lombaire, une sensation de vide dans la partie inférieure de l'abdomen qui les rend inaptes à tout effort de locomotion et les maintient en état constant de malaise.

L'énumération de ces sensations accusées par la malade fait naître l'idée d'un déplacement utérin dans l'esprit du chirurgien qui immédiatement procède à l'examen direct ; et, au point de vue de l'anatomie pathologique, c'est-à-dire de la recherche des signes objectifs, il constate l'existence d'une tumeur saillante à la vulve indépendante de l'utérus que le doigt explorateur trouve à sa place normale. La tumeur est formée par la procidence du vagin dilaté. Si la tumeur siège en avant, la paroi vaginale antérieure est toujours doublée de la vessie. Si elle siège en arrière, la paroi vaginale postérieure est quelquefois, et non toujours, doublée du rectum.

On détermine nettement l'état pathologique en distinguant la procidence du vagin de la procidence de l'utérus et de la tumeur formée par un kyste du vagin.

Dans la procidence de l'utérus, cet organe est abaissé et amené à la vulve et même au dehors ; tandis que dans la procidence simple du vagin, l'utérus est élevé et occupe sa situation normale.

Dans le kyste du vagin, la tumeur est irréductible et sa surface est tendue et lisse ; tandis que dans la procidence du vagin, l'évacuation de la vessie et du rectum fait disparaître en grande partie la tumeur et fait passer sa surface de l'état lisse et uni à l'état ridé. De plus, la sonde introduite dans la vessie est sentie à travers la paroi vaginale antérieure dans la colpocèle vésicale, et le doigt introduit dans le rectum vient faire saillie dans la colpocèle rectale.

Deux considérations imposent au chirurgien la nécessité

du traitement : d'une part, abandonnée à elle-même, la procidence vaginale ne guérit pas spontanément et la malade est maintenue dans un état de malaise qui retentit sur la santé générale; d'autre part, l'évolution de la lésion amène cette conséquence plusieurs fois observée, que dans le diverticulum vésical l'urine retenue se trouble, devient ammoniacale et fétide. Il est donc indiqué d'intervenir.

Trois modes d'intervention ont été préconisés contre la procidence du vagin :

1° Les applications locales destinées à combattre la laxité des parois vaginales.

2° Les opérations cruentées pratiquées par l'instrument tranchant pour exciser une partie des parois distendues.

3° L'opération de la réduction et de la contention mécanique des parois procidentes, en respectant leur intégrité.

D'abord les applications locales, empruntées à l'hygiène comme l'hydrothérapie, ou à la matière médicale comme les astringents, seront employées avec profit, à titre de moyens auxiliaires, sur les parois vaginales réduites et continues. Seules, elles seraient insuffisantes pour faire cesser les accidents occasionnés par une colpocèle vésicale et rectale bien caractérisée. Elles peuvent suffire au contraire dans la manifestation initiale du prolapsus.

A l'appui de leur efficacité je puis citer la première des dix observations qui ont motivé cette communication. Elle est relative à une malade qui s'est présentée à notre examen le 27 décembre 1894. Cette femme est âgée de 21 ans. Elle a eu un enfant et depuis elle a été atteinte d'une grande laxité des parois vaginales avec envies fréquentes d'uriner, difficulté d'évacuation du rectum et copulation douloureuse. Après avoir régularisé les selles et sans recourir à l'opération de la réduction et de la contention nous avons employé l'hydrothérapie locale et générale, les applications locales de tannin, puis d'alcoolature de cresson de Para avec un plein succès. Lors de notre dernier examen du 11 juillet 1895, la malade nous a dit que toutes ses fonctions s'accomplis-

saient normalement, qu'elle se sentait bien soutenue dans la station et dans la marche. Nous avons constaté que la tonicité était rendue aux parois vaginales.

En présence d'un organe membraneux dont la distension a aminci la trame et considérablement augmenté la surface les opérations cruentées ont consisté en l'excision d'un large lambeau de la muqueuse suivie de la suture des lèvres de la solution de continuité, afin que, réduite dans son étendue, la paroi vaginale bridât mieux l'organe sous-jacent. Il ne m'a pas été donné de voir des résultats satisfaisants et durables de ce mode d'intervention.

Devant les insuccès de l'excision de la muqueuse, d'autres chirurgiens, et l'idée vient d'être récemment reprise par M. Lawson Tait, ont proposé de faire une large perte de substance de toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, puis de suturer les bords des lèvres de la plaie comme on fait dans l'opération de la fistule. Je ne sais si cette proposition a été suivie d'exécution et d'un résultat favorable. En ce qui me concerne je ne me sens nullement disposé à avoir recours à une pareille intervention.

Les applications toniques et astringentes étant insuffisantes pour faire cesser les accidents dus à la procidence du vagin, les opérations sanglantes, qui ne sont pas sans gravité, n'ayant point encore donné la preuve de leur efficacité, j'ai eu recours à l'opération de la réduction et de la contention mécanique des parois procidentes du vagin en respectant l'intégrité de l'organe. L'appareil contentif doit réaliser le support et la tension des parois vaginales.

Je soumets à votre appréciation quelques faits qu'il m'a été donné d'observer, en limitant ma communication à l'indication sommaire de dix observations cliniques.

Je viens de mentionner la première sous le titre de laxité des parois vaginales guérie par l'hydrothérapie et les astringents, la procidence du vagin étant dans la première phase.

Je note ensuite cinq malades de 40 à 58 ans, ayant eu de

un à huit enfants, portant une procidence du vagin avec colpocèle vésicale, chez lesquelles après avoir pratiqué l'opération de la réduction j'ai contenu le vagin prolabé au moyen d'un anneau provisoire que j'ai successivement modifié dans sa forme jusqu'à ce qu'il assurât la contention exacte et qu'il fut adapté aux organes féminins avec assez de précision pour que sa présence dans la cavité vaginale fût, pour ainsi dire, ignorée de la malade. Retirant ensuite cet anneau provisoire, je l'ai donné comme patron à l'ouvrier chargé d'en construire un définitif en métal, à forme fixe.

Ces anneaux sigmoïdes faits sur mesure pour chaque malade présentent les dimensions générales suivantes : Le diamètre du tube limitant l'aire de l'anneau varie de 8 à 15 millim. Les diamètres de l'anneau lui-même varient pour le diamètre antéro-postérieur de 75 à 103 millim. et pour le diamètre transversal de 50 à 67 millim.

L'une de ces cinq femmes, celle dont les diamètres de l'anneau avaient 103 millim. d'avant en arrière et 67 millim. dans le sens transversal, avait eu six grossesses. Avant d'opérer la réduction et la contention de la procidence du vagin, j'ai eu à l'opérer d'un polype de la cavité du col et à détruire par le cautère actuel des fongosités qui recouvraient la surface interne et la surface externe du col de l'utérus.

Quatre malades de 34 à 45 ans ayant eu de deux à quatre enfants portaient une procidence du vagin avec colpocèle vésicale et colpocède rectale. J'ai opéré la réduction et la contention au moyen d'un anneau provisoire d'abord, puis d'un anneau définitif dont les diamètres ont varié pour le tube de 6 à 11 millim. et pour l'anneau de 80 à 90 millim. d'avant en arrière avec un diamètre transversal de 60 millim. pour les quatre malades.

Chez une des malades ayant eu quatre enfants la détermination de l'état pathologique a été un instant obscurcie par la coexistence d'un kyste du vagin sur la paroi anté-

rieure. J'ai opéré le kyste avant de pratiquer la réduction et la contention de la procidence vaginale.

Toutes ces malades affectées depuis longtemps de procidence vaginale, dès que la réduction et la contention ont été réalisées, ont vu disparaître les envies fréquentes d'uriner, les difficultés de la défécation, la douleur gravative de la région lombaire. Elles ont dit se sentir mieux soutenues et plus fermes dans la station et dans la marche.

Avant de vous communiquer ces faits j'ai revu toutes ces malades et j'ai constaté que l'anneau contentif maintenait exactement la procidence vaginale.

Ne pouvant aborder l'examen de toutes les difficultés d'exécution que présente quelquefois la construction d'un bon appareil contentif, je me bornerai à faire remarquer que dans un certain nombre de cas la paroi vaginale passe dans l'aire limitée par l'anneau, se réfléchit sous la branche antérieure de l'anneau et revient faire saillie à l'orifice vaginal.

Par une étude patiente et attentive du cas particulier on arrive ordinairement à la contention exacte par des modifications successives de l'anneau.

Ce serait mal traduire ma pensée que de me prêter l'opinion que la contention de la procidence vaginale est toujours un problème facile à résoudre.

Résumant les observations précédentes relatives au traitement de la procidence vaginale, je dirai :

A la division des tissus préférer l'opération de la réduction et de la contention mécanique.

Réduire par la position et les manœuvres.

Contenir par un anneau approprié, construit sur mesure et formé d'un cadre sigmoïde plein ou à claire voie, réalisant le support et la tension des parois vaginales.

QUELQUES REMARQUES A PROPOS DU MÉMOIRE DE M. CONDAMIN (DE LYON) SUR LE TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE (1).

Par **M. de Strauch** (de Moscou).

Le monde médical doit une grande reconnaissance à la chirurgie française pour les efforts qu'elle a faits depuis de longues années dans le but d'augmenter la vogue des opérations vaginales et de réduire le nombre des opérations par la voie abdominale.

C'est la cicatrice abdominale avec ses suites désagréables qui m'a décidé à éviter autant que possible les opérations sur l'abdomen. En outre, les malades acceptent plus facilement une opération vaginale qu'une laparotomie. Les résultats que j'ai obtenus en opérant par la voie abdominale, sont au moins aussi satisfaisants que ceux des meilleurs opérateurs français par la voie vaginale.

Nous n'avons eu dans la dernière centaine de laparotomies que deux cas de décès.

Les opérations vaginales ont des limites très étroites ; et il y a des cas où l'opération commencée par cette voie ne peut être terminée que par l'ouverture de l'abdomen. Il me semble que ces étroites limites sont dépassées depuis longtemps par certains chirurgiens français. Le mémoire de M. Condamin en est un exemple démonstratif. C'est pourquoi je prends la liberté de soumettre ce mémoire à une légère critique.

Je ne puis m'abstenir de féliciter bien sincèrement M. le professeur Laroyenne, de n'avoir jamais vu une malade succomber de grossesse extra-utérine rompue au courant des premiers quatre mois. Quant à moi, j'ai observé deux cas de mort chez des femmes enceintes à la suite d'une hémorrhagie

(1) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XLIV, septembre 1895, p. 175.

interne. Un de ces cas est décrit dans la *Revue médicale russe* (1).

En outre, on m'a montré deux préparations provenant de femmes mortes d'une hémorrhagie interne. Un de ces cas a été publié par le Dr Chaternikoff dans le Théâtre anatomique de la maison des Enfants-Trouvés de Moscou, l'autre m'a été communiqué par un membre de notre société gynécologique (2). Ces quatre malades avaient été transportées dans les conditions considérées par les professeurs Laroyenne et Condamin, comme favorables et excluant la possibilité de la mort par hémorrhagie, c'est-à-dire qu'elles étaient tenues dans l'immobilité, couchées horizontalement, la tête pendante, ayant une vessie de glace sur le bas-ventre et qu'on leur faisait absorber des potions excitantes.

Péan (3) l'affirme aussi : si l'hémorrhagie est d'une abondance extrême, la malade meurt par syncope.

Je ne compte pas ici les malades qui ont été transportées *in extremis* dans une clinique et y sont mortes pendant les préparatifs de l'opération (4). C'est le transport qui doit être considéré comme la cause immédiate de la mort. Je suis, en général, opposé au transport des malades de cette nature, vu qu'on peut toujours les opérer aseptiquement à leur domicile. Je ne suis non plus d'accord avec M. Condamin lorsqu'il dit : « C'est contre la laparotomie d'urgence, c'est-à-dire presque toujours faite dans de mauvaises conditions d'antisepsie, etc. » (page 177).

J'admets que, dans une maison particulière, on n'opère pas aussi *confortablement* que dans une clinique; cependont, il est toujours possible d'y établir l'antisepsie ou l'asepsie à l'aide d'un personnel bien discipliné. Dans notre clinique privée, nous n'avons pas de chambre exclusivement réservée aux laparotomies.

---

(1) *Revue médicale*, 1895, n° 6.

(2) *Société gynécologique de Moscou*, 1894.

(3) *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*. Paris 1895, p. 1062.

(4) WENDELER. *Zeitschrift für Geb. u. Gyn.* Bd XXXII, p. 319.

Cet été, j'ai eu l'occasion d'opérer à la campagne, la femme d'un de mes confrères, dans une villa, où un an auparavant, avaient régné la diphtérie et la dysenterie; quoique la malade ait eu une hémorrhagie foudroyante dans la cavité péritonéale, sa convalescence a été rapide.

Mon ami le docteur Wachner et moi nous avons en tout opéré dans les maisons particulières six (6) cas désespérés de grossesse extra-utérine rompue, de 2 à 3 mois et toutes ces malades ont parfaitement guéri. Cependant M. Condamin écrit (page 178) : « *Ces malades supportent mal la laparotomie* ».

Ainsi, d'après mon expérience personnelle, nous avons d'un côté six cas d'opérations *in extremis* suivies de guérison complète, et de l'autre quatre cas de décès à la suite d'hémorrhagie interne. Basé sur cette expérience, je crois pouvoir affirmer, que M. Condamin n'a pas le droit de dire (page 178) : « *Les partisans de l'intervention immédiate par la laparotomie prétendent que l'hémorrhagie n'a pas de tendance à s'arrêter, c'est faux!* »

Moi aussi, j'ai pour règle d'attendre aussi longtemps que possible et j'ai observé plusieurs fois d'abondantes hémorrhagies internes, de la trompe gravide rompue, s'arrêtant d'elles-mêmes, les malades guérissant sans ou avec l'opération faite plus tard. Mais on ne peut nier le fait, que les femmes ayant une grossesse extra-utérine peuvent, dans les premiers trois mois, mourir d'une hémorrhagie dans la cavité péritonéale, même si elles sont traitées strictement d'après la méthode du professeur Laroyenne. C'est un étrange hasard et une grande chance, que le professeur Laroyenne n'ait pas eu l'occasion de rencontrer de pareils cas!

Totalement incompréhensible est l'opinion que le point qui saigne est toujours difficile à trouver et que le chirurgien doit être assez heureux ou si l'on veut assez habile pour faire rapidement l'hémostase (page 179).

Ce procédé ne nous a jamais présenté la moindre diffi-

culté. A l'ouverture de la cavite péritonéale, le sang jaillit ordinairement en nappe. Naturellement, on n'essaye pas d'enlever d'abord le sang ou les caillots, mais on pénètre directement avec toute la main dans le petit bassin et, soulevant la matrice avec les annexes, on l'amène dans la plaie péritonéale. Cela réussit toujours facilement et il ne reste qu'à saisir la trompe gravide momentanément avec une grande pince pour obtenir l'hémostase; on peut alors tranquillement procéder à la ligature définitive des annexes, sans que la malade perde une goutte de sang. Il n'est pas absolument nécessaire d'enlever tout le sang et tous les caillots de la cavité péritonéale. Les opérées guérissent même sans avoir une toilette soignée du péritoine.

La remarque (page 179) : « *Dans leplus grand nombre des cas, il sera obligé de draïner largement avec un Mikulicz, qui sera en même temps hémostatique etc.* », n'est plus tout à fait moderne. Nous n'avons jamais pratiqué le drainage péritonéal dans quarante-trois cas de laparotomie pour grossesse extra-utérine. D'abord tous les points qui saignent doivent être complètement asséchés par des ligatures isolées ou en masse, après quoi on ferme complètement la cavité péritonéale ; c'est seulement ainsi qu'on obtient de bons résultats.

Après avoir dit qu'il est difficile de trouver le point qui saigne et que dans la plupart des cas on est obligé d'appliquer le drainage de Mikulicz, M. Condamin écrit : (page 179) Tel est le tableau, un peu noir peut-être, mais en tout cas exact des dangers de la laparotomie. Il vaudrait mieux dire : *un peu noir*, *tout à fait faux*.

Dans les cinq dernières années, moi aussi j'ai enlevé le sang *per vaginam* dans six cas de grandes hématocèles qui étaient pour sûr, jugeant d'après leur état et d'après l'anamnèse, les suites de grossesse extra-utérine rompue — car elles ne montraient aucune tendance à se résorber (1). Quoi-

(1) M. v. STRAUCH. Ueber hœmatocele. *Petersburg. med. Woch.*, 1890, n° 52.

que les malades fussent toutes guéries, pourtant l'une d'elles le huitième jour après l'opération, eut une forte hémorrhagie de la cavité accompagnée de collapsus, situation des plus désagréables, car c'est exclusivement dans ces cas qu'on ne peut jamais trouver le point qui saigne.

La proposition de M. Condamin d'extirper *per vaginam* la trompe gravide est un grand progrès! C'est-à-dire qu'on enlève la source d'une hémorrhagie secondaire, tout de suite après avoir évacué le sang de l hématocèle. Je sais qu'un de mes collègues à Moscou, après avoir ouvert l'hématocèle *per vaginam*, vit sa malade mourir le douzième jour d'une hémorrhagie secondaire. Je ne peux pas bien concevoir comment dans de telles conditions une éponge introduite dans la cavité de l'hématocèle (Condamin) pourrait combattre une forte hémorrhagie.

Quant aux conclusions de M. Condamin (p. 181) je suis tout à fait d'accord avec la première et la seconde.

Malheureusement mes 4 cas défavorables protestent contre la troisième.

Nos six opérations de laparotomie *in extremis* bien réussies ébranlent fortement la quatrième.

La réalisation de la cinquième conclusion reste à l'état de pieux désir.

Je voudrais voir formuler la sixième comme suit : L'intervention de choix est la ponction et le débridement vaginal, *mais toujours avec ablation des annexes gravides.*

Quant à la septième, elle est à mon avis complètement insoutenable.

Nos quarante-trois malades de grossesse extra-utérine opérées par laparotomie sont toutes guéries ; presque toutes nos opérées aussi bien dans la clinique privée que dans les maisons particulières, ont terminé leur traitement vers le vingtième jour. Les cinq malades de M. Condamin ont été obligées de garder bien longtemps le lit. Après cinquante et un jours, on a encore appliqué le drainage à la première malade (p. 183) ; la quatrième malade à été traitée pendant

vingt-cinq jours ; la cinquième a encore été drainée le trente-neuvième jour. Quant aux malades n[os] 2 et 3, la durée du traitement n'est pas mentionnée. Ces cinq observations ne parlent pas en faveur de la courte durée du traitement vaginal.

Nos quarante-trois cas de laparotomie ont été guéris plus vite et ont même joui par la suite d'une excellente santé. Trois d'entre elles ont déjà eu des couches normales.

Aussi voudrais-je conserver pleinement à la laparotomie la place pui lui convient dans le traitement chirurgical des grossesses extra-utérines des quatre premiers mois.

Il faut admettre sans discussion que dans les trois premiers mois de la grossesse extra-utérine les femmes peuvent mourir d'une hémorrhagie foudroyante dans la cavité péritonéale, même si elles sont placées sous une surveillance strictement médicale.

La laparotomie, entreprise même dans des conditions aussi désespérées, doit donner de bons résultats. De plus, dans les dernières années, nous avons appris à fermer la plaie abdominale de façon que les hernies consécutives sont tout à fait exceptionnelles.

Il faut accepter avec grande reconnaissance, comme étant un progrès remarquable, la méthode de MM. Laroyenne-Condamin non seulement d'ouvrir l'hématocèle mais en même temps d'extirper *per vaginam* la trompe gravide. Mais la question est de savoir si l'on peut toujours réussir à enlever la trompe par la voie vaginale. Quand on a eu l'occasion de voir au cours des laparotomies combien la trompe est quelquefois élevée au-dessus du petit bassin et combien l'utérus est hypertrophié, on a peine à comprendre qu'on puisse faire descendre la trompe dans la plaie vaginale et alors elle se rompt. L'avenir doit montrer s'il sera toujours possible d'adopter cette opération qui m'est personnellement très sympathique.

La laparotomie nous montre le mieux les rapports mutuels des organes génitaux. En faisant l'opération par la voie

abdominale on peut certainement rompre plus facilement les adhérences et faire l'hémostase d'une manière plus exacte. L'éponge que M. Condamin, consacre à l'hémostase me paraît trop peu sûre.

Basé sur nos nombreuses expériences (43 laparotomies, 6 opérations vaginales pour des hématocèles, et plus de 30 cas observés, qui se sont passés sans opération) je me fais un devoir de critiquer le mémoire de M. Condamin et par ce moyen je me flatte d'épargner d'amères expériences à ceux de mes collègues, qui se fieraient trop à la troisième conclusion de l'auteur.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 14 *novembre* 1895.

M. PORAK : **Observation d'une affection probablement parasitaire de la langue chez un nouveau-né.** — Il s'agit d'un enfant né avant terme, débile, pesant 1.850 grammes, qui présenta sur la langue, quatre jours après sa naissance, des plaques blanches, exhaussées, s'enlevant facilement par le frottement et laissant sous elle la surface de la muqueuse lisse ou rose.

Pendant les deux jours où on les observa, en l'absence de tout traitement donné à l'enfant, ces plaques restèrent fixes comme nombre et comme aspect. Une fois enlevées, elles ne se sont pas reproduites. L'examen microscopique a montré qu'elles contenaient des filaments de mycélium et des éléments d'une levûre spéciale, qui a pu être cultivée, sans cellules épithéliales. L'examen comparatif de la bouche d'enfants du même âge a démontré que chez ces derniers, cette levûre n'existait pas.

MM. PICHEVIN et PETIT ; **Lésions vasculaires de l'utérus atteint de métrite.** — L'hystérectomie vaginale pratiquée chez une femme qui depuis plusieurs années avait des métrorrhagies abondantes, a permis de constater les lésions suivantes : La muqueuse uté-

rine n'était pas fongueuse, les parois étaient épaissies. Au microscope on constate une multiplication considérable des vaisseaux avec augmentation de leur calibre et épaississement de leurs tuniques. Le tissu périvasculaire était lui-même plus épais. Quant aux capillaires ils étaient élargis, les lymphatiques augmentés de volume. Le maximum des lésions s'observait au niveau de la couche moyenne de l'utérus où on remarquait un épaississement du tissu conjonctif, la présence de faisceaux fibreux volumineux et la disparition partielle de la fibre musculaire.

M. Pichevin. — Dans un cas de péritonite survenue à la suite d'une hystérectomie vaginale, P. Pichevin fit une laparotomie deux jours après l'opération. Il trouva une péritonite généralisée, une certaine quantité de pus dans le péritoine ; lavage, guérison.

Le pus péritonéal contenait exclusivement des staphylocoques blancs. Voici les résultats de nos expériences sur les animaux :

1° L'injection du pus péritonéal ou d'une culture pure de staphylocoques, blancs, dans du bouillon étendu d'eau, ne produit pas de péritonite (Grawitz, Reichel, Orth, Waterhause, Burjinsky, contrairement à Pawlosky).

2° L'injection de staphylocoques et de sang dans le cœlome donne naissance à une péritonite mortelle en 14 jours.

3° Si l'on gratte le péritoine, si on l'irrite avec de la térébenthine, l'injection de staphylocoques et de sang tue le lapin en 5 jours.

4° Toute lésion péritonéale un peu étendue ne détermine pas *fatalement* l'éclosion d'une péritonite, comme l'a dit Grawitz, si on injecte dans la cavité péritonéale du sang et des microbes pathogènes.

5° Les lésions péritonéales favorisent certainement le développement de la péritonite, mais elles ne semblent pas être indispensables à la genèse de l'infection péritonéale.

6° Le péritoine se défend mieux contre l'invasion des staphylocoques que ne le fait le tissu cellulaire (abcès de la paroi sans péritonite).

7° La virulence des staphylocoques s'accroit singulièrement par le passage successif sous la peau de deux cobayes et d'un lapin.

8° L'injection de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le cœlome produit une inflammatipn péritonéale.

9° L'injection de sang et de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le péritoine tue les animaux en moins de 20 heures. La péritonite est déjà intense, 4 heures après l'opération. Ces résultats confirment ceux de Burjinsky et expliquent peut-être les divergences signalées entre Grawitz et Pawlosky. Nos staphylocoques provenant du pus péritonéal de notre malade introduits dans le cœlome disparaissaient et étaient inoffensifs. Ces mêmes germes pathogènes, *après différents passages*, produisent une péritonite très manifeste.

10° Contrairement à ce qu'avance Bumm, la péritonite post-opératoire est contagieuse ; elle peut être soit à staphylocoques, soit à streptocoques exclusivement, soit à microbes multiples et variés.

11° La gravité et la rapidité de l'infection et de la mort dépendent du milieu de culture, de l'étendue des lésions péritonéales et *surtout* du degré de virulence des germes pathogènes. Des staphylocoques, suivant la virulence, peuvent tuer les animaux en 14 jours, en 5 jours, en moins de 20 heures.

Après avoir étudié la symptomatologie de la septicémie péritonéale post-opératoire, M. Pichevin conclut que le lavage péritonéal est une ressource suprême. On doit le faire rapidement, et faire passer dans le péritoine 20 litres d'eau salée ou d'eau boriquée.

M. NITOT a fait, en 1893, une laparotomie pour péritonite post-opératoire ; sa malade a guéri, mais depuis il a eu trois insuccès. Malgré tout, il est disposé, le cas échéant, à recourir de nouveau à l'ouverture du péritoine.

M. PORAK vient de cureter dans son service une femme atteinte de péritonite puerpérale, consécutive à la rétention d'un placenta fétide, l'avortement remontant à plusieurs jours. Dès le premier jour, la culture du sang révèle une grande quantité de streptocoques. Cela lui parut une contre-indication à la laparotomie et au lavage du péritoine. La femme succomba.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Février, mars, avril, mai, septembre 1895.

Mme VIRIDARSKAÏA. **Un cas de laparotomie répétée.** — Il s'agit d'une femme de 38 ans, à bassin rétréci, qui se présenta au cours

de sa douzième grossesse ; les précédentes ont été terminées par le forceps, par la basiotripsie, enfin la dixième par l'opération césarienne avec castration. Malgré l'ablation des ovaires, il y eut une onzième grossesse terminée par la basiotripsie et enfin la douzième que l'on essaya d'interrompre au huitième mois à la clinique ; mais l'accouchement prématuré ne se produisant pas et la patiente désirant vivement conserver l'enfant, on laissa la grossesse suivre son cours et une deuxième laparotomie fut faite à terme par le professeur Ott. Au cours de l'opération, on fit plusieurs constatations : l'utérus était, par sa face antérieure, adhérent à la paroi abdominale, il y avait d'autres adhérences péritonéales et épiploïques, l'utérus ne portait aucune trace cicatricielle de sa première incision ; les ovaires n'existaient plus. Mais, il y avait à leur place des fragments irréguliers de tissu ovarien. L'enfant fut amené vivant, l'utérus suturé sans ligature élastique préalable, les trompes liées au ras de l'utérus, la paroi abdominale excisée largement afin de supprimer l'éventration qu'avait laissée la première laparotomie. La guérison fut simple.

V.-V. STROGANOFF. **Trois cas de rupture utérine pendant le travail.** — OBS. 1. — Femme de 27 ans, troisième grossesse, bassin rétréci.

Le travail avait duré trente et une heures et l'expulsion touchait à sa fin, lorsque la parturiente se trouva mal et les battements du cœur fœtal s'affaiblirent subitement ; on eut aussitôt recours au forceps qui amena l'enfant mort ; peu après la délivrance normale et spontanée, l'accouchée eut une lipothymie et se plaignit du ventre, pendant que l'utérus devint un peu plus gros et plus mou. Le lendemain, un examen fait sous chloroforme fit reconnaître une déchirure du col à droite ; l'espace dans lequel conduisait la déchirure fut lavé et tamponné ainsi que le col et le vagin. Guérison simple.

OBS. 2. — Femme de 29 ans, quatrième accouchement, bassin rétréci. Au bout de quinze heures de travail les douleurs s'arrêtent brusquement, il survient une métrorrhagie assez abondante, l'état général restant très bon ; la tête fœtale remonte, on sent les parties fœtales dans la cavité abdominale. Laparotomie, extraction du fœtus mort et de son placenta libres dans la cavité abdominale et hystérectomie sus-vaginale, la suture de la plaie longue et irrégulière paraissant impossible. Le col est suturé au

fur et à mesure au moyen de points (en capiton) et les chefs sortis dans le vagin ; les ovaires situés très haut n'ont pu être conservés. Guérison.

Obs. 3. — Femme de 32 ans, troisième accouchement. Le travail s'arrête brusquement au bout de seize heures, la tête fætale remonte, en même temps que la parturiente se trouve mal, reste presque sans pouls et perd du sang et des caillots. Elle est dans le collapsus lorsqu'il devient possible de faire la laparotomie, six heures et demie après la rupture utérine. Le placenta expulsé par les voies naturelles est enlevé. On procède ensuite à la laparotomie et à l'hystérectomie comme dans le cas précédent. Guérison.

Professeur D. O. Ott. 1) **Deux cas de rupture de l'utérus avec présentation des utérus enlevés.** — Dans le premier cas la déchirure se trouvait au niveau de l'orifice interne et s'étendait aux deux tiers de la circonférence. Dans le second cas, la plaie était en *t*, une branche allant transversalement d'un angle de l'utérus à l'autre, l'autre branche verticalement sur la face postérieure. La malade n'avait été opérée que le sixième jour après la rupture utérine méconnue; déjà profondément anéantie avant l'opération, elle succomba le jour même à une hémorrhagie interne au voisinage du moignon ainsi que le montra l'autopsie. Les vaisseaux du moignon étaient béants, athéromateux.

2) **Hystérectomie pour cancroïde du col.** — Le cancer est reconnu au début du travail. Opération césarienne, hystérectomie, guérison et enfant vivant.

Professsfur A. J. Samchine. **Opération césarienne.** — Le travail dure depuis trois jours, diamètre conjugué oblique 7 centim. Ictus. L'incision de l'utérus tombe sur le placenta ; l'enfant vivant et le placenta sont enlevés, l'utérus suturé sans ligature élastique qui est remplacé par la constriction manuelle. Excision d'une partie des trompes afin de prévenir une nouvelle grosssse. Guérison en vingt jours.

Professeur D. O. Ott. **Dégénérescence sarcomateuse des fibromyômes de l'utérus et leur traitement.** — Obs. 1. — Femme de 34 ans, opérée une première fois par le professeur Lebedeff qui, ayant reconnu un fibromyôme rétro-cervical enclavé, fit la cas-

tration ; la tumeur diminua rapidement des trois quarts et tous les troubles disparurent à tel point que le cas fut communiqué à la société comme un des plus beaux succès. Pourtant, peu après, la tumeur se remit à augmenter et, au bout de 3 ans, la malade menaçait de se suicider si on ne la délivrait de ses souffrances au prix de n'importe quel risque. Le professeur Ott fit une nouvelle laparotomie, trouva l'utérus au sommet de la tumeur énorme, occupant tout le bassin et remontant à l'ombilic; l'utérus enlevé d'abord, on procéda à l'extraction très pénible de la tumeur qui était entièrement sous-péritonéale ; l'hémorrhagie fut arrêtée par la compression de l'aorte et le tamponnement, la poche fixée à la paroi abdominale ; après l'opération grave, fièvre, suppuration de la poche, enfin rétablissement complet pendant quelque temps avec persistance d'une fistule. Puis nouvelle aggravation. On arrive par la fistule sur des tissus mous, reconnus sarcomateux à l'examen microscopique, tandis que la tumeur enlevée ne paraissait pas dégénérée dans ce sens. Généralisation.

Obs. 2. — Hystérectomie abdominale pour un fibromyôme très volumineux, facilement énucléé, mais on laisse dans le ligament large une masse qui paraît simplement graisseuse. Pourtant, au centre du fibrome enlevé, se trouve une bouillie qui est du sarcome. Ainsi le diagnostic du sarcome n'est pas toujours facile, il peut être méconnu au cours de la laparotomie : le fibromyôme peut dégénérer en sarcome — le traitement logique des fibromyômes est donc l'ablation précoce et complète, non la méthode conservatrice.

L'orateur présente 5 utérus fibromyômateux enlevés par la voie abdominale et trois enlevés par morcellement par la voie vaginale.

Mme Oulesko-Stroganova. **Structure microscopique du placenta.** — Etude histologique fort détaillée des villosités choriales, de leur structure et de leur évolution.

(A propos de la communication du professeur Ott, le professeur Lebedeff fait observer à la séance suivante de la Société de chirurgie, que la dernière opération lui paraît avoir été tout à fait contre indiquée par l'état de la malade, tandis que la castration donne souvent de beaux résultats dans le traitement des fibromyômes ; la diminution si considérable de la tumeur montre bien qu'elle n'était pas de nature maligne au moment de la castration.)

N. N. KOUBÉ, **Des trompes accessoires et des orifices tubaires accessoires.** — Sur 78 cadavres, des trompes accessoires ont été trouvées 13 fois et des orifices tubaires 6 fois ; ces derniers siègent à la face supérieure de la trompe, à 3-12 millim. du bout péritonéal et sont munis de franges normales. Quant aux trompes accessoires elles partent soit de la trompe principale, soit du ligament large ; elles sont pleines, munies d'une petite tête qui peut être frangée ; trois fois cette tête a été trouvée kystique.

PROFESSEUR V. N. MASSEN. — L'étude précédente a été faite sous sa direction. Il pense que les kystes du ligament large, dits parovariens, pourraient fort bien être le plus souvent des kystes formés aux dépens des trompes accessoires : la présence des fibres musculaires dans la paroi de ces kystes est une des raisons de cette théorie.

Les orifices accessoires rendent compte des grossesses en cas d'oblitération complète de l'orifice normal du pavillon, des grossesses extra-utérines, de l'absence des kystes par rétention malgré l'oblitération de la trompe (cas de Sänger).

V. A. VASTEN présente **deux utérus sarcomateux** enlevés par la voie vaginale. Dans le premier cas les tumeurs malignes partaient de la cavité utérine sous forme de polypes. Dans le second cas une tumeur rétro-vésicale partant de la paroi antérieure de l'utérus a été énucléée au septième mois de la grossesse et reconnue comme étant un myôme ; pourtant, à la fin du huitième mois, on constata une récidive au niveau de la cicatrice utérine que l'on sentait à travers la paroi abdominale ; comme la tumeur revenait lentement, on attendit le terme de la grossesse, et vingt-trois jours après l'accouchement normal, on fit l'hystérectomie vaginale. Guérison.

PROFESSEUR D. O. OTT présente un **fibrosarcome énorme** développé sous le péritoine en dédoublant le ligament large ; la tumeur atteignant le sternum et les vaisseaux rendirent l'hystérectomie et l'énucléation fort pénibles ; la section de la tumeur ayant montré que son centre était ramolli, on compléta l'opération en enlevant ce qui restait du col de l'utérus. Tamponnement, drainage par le vagin. Phlébite du membre inférieur gauche ; trois semaines après l'opération, tout danger paraît écarté. Dans ce cas, comme l'a fait observer le Dr Ivanoff, on a pu constater un degré

notable d'hémophilie qui serait fréquente chez les sujets atteints de sarcome.

F. J. ROSTKOVSKI communique un cas **d'éclampsie puerpérale** chez une albuminurique, guérie par 12 injections de spermine faites dans l'espace de dix heures et demie.

PROFESSEUR D. O. OTT. **Du faux conservatisme dans la protection du périnée** pendant l'accouchement et de la réparation des déchirures anciennes. On voit des prolapsus de l'utérus et du vagin avec un périnée intact en apparence — c'est que la peau et la muqueuse persistent seules, distendues et affaiblies, tandis que les plans musculaires sont complètement rompus. Il faut, lorsque le périnée menace de se rompre, l'inciser sur la ligne médiane jusqu'au rectum au lieu de le préserver à toute force, quitte à le suturer ensuite en faisant une suture à étages, comprenant la couche musculaire, et non pas la simple réunion cutanée que l'on a l'habitude de faire. Dans les déchirures anciennes avec prolapsus du vagin, la colporrhaphie isolée que l'orateur faisait avant était toujours suivie de récidive; actuellement, il sectionne jusqu'au sphincter ce qui reste du périnée cutané et fait ensuite une colpopérinéorrhaphie avec suture à étages de manière à reconstituer un plancher solide en suturant les plans musculaires qui se sont écartés latéralement.

Mme KRGEMINSKI présente les photographies d'un **monstre** : fille pesant 2,400 grammes, atteinte d'un kyste dermoïde du dos, d'un prolapsus du rectum à travers la paroi vaginale, d'imperforation de l'anus et d'ankylose dans l'extension de toutes les articulations des membres inférieurs. Accouchement normal; l'enfant meurt le cinquième jour.

D. O. OTT présente une **série d'utérus fibromateux** enlevés par morcellement; dans un cas, l'opération commencée par la voie vaginale a été terminée par la laparotomie, la tumeur étant trop peu mobile. Il résulte des observations de ces cas que les curettages, la castration, employés chez les opérées du professeur Ott, par d'autres chirurgiens, n'avaient pas donné de résultat durable et qu'il vaut mieux opérer radicalement d'emblée.

R. J. SAMCHINE présente un **utérus fibromateux** enlevé par la voie vaginale; la malade étant jeune et l'utérus couvert de bosselures,

il était à craindre que la tumeur ne prît rapidement un grand développement, telle était l'indication de l'intervention.

V. A. VASTEN. — L'opération, commencée par la voie vaginale et terminée par la laparotomie, est commode et propre ; il a recours à cette méthode pour les tumeurs volumineuses.

A. A. SITZINSKI. **Déchirure centrale du périnée.** — Cet accident se produisit chez une primipare malgré l'épisiotomie bilatérale ; le fœtus et le placenta furent expulsés par cette déchirure centrale qui se continuait sur les deux côtés de la paroi vaginale postérieure, mais n'atteignait pas le sphincter de l'anus. La colpopérinéorrhaphie immédiate ne réussit pas, des parcelles de tissu se mortifièrent et il n'y eut pas de réunion ; une deuxième suture fut exécutée quinze jours plus tard et laissa encore une fistule vagino-périnéale. L'orateur pense que l'incision médiane allant jusqu'au rectum, ainsi que le conseille le professeur Ott, aurait pu éviter cet accident ; d'autre part, il croit que, dans les cas semblables, il ne faut pas faire la réunion immédiate, mais plutôt attendre quelques jours afin de séparer les parties mortifiées.

Les propositions précédentes sont combattues par d'autres membres de la Société : la section médiane du périnée ne peut être considérée comme inoffensive, la création de cette plaie étendue, son infection toujours possible, la douleur causée par la périnéorrhaphie étant des complications fort sérieuses qui laissent toute leur valeur aux divers procédés destinés à protéger le périnée contre la déchirure.

V. V. STROGANOFF (de la clinique du professeur Ott) présente des **bassins de lapines et d'une chienne** qui ont subi des *symphyséotomies avec* interposition consécutive de fragments de côtes ; la soudure est complète, avec élargissement permanent du bassin ; les animaux mettaient bas normalement après cette opération.

Le professeur OTT présente une série de pièces : 1) **Tumeurs adénoïdes des deux ovaires**, enlevées chez une malade très épuisée ; en voie de guérison. 2) **Grand fibromyôme utérin** enlevé avec les annexes malades d'un côté, l'utérus et les annexes de l'autre côté laissés en place. 3) **Deux utérus cancéreux** enlevés par la voie vaginale. 4) **Quatre utérus fibromyomateux** enlevés par la voie vaginale ; l'un a été morcelé ; dans l'autre, il a fallu faire une excision cunéiforme du col ; les deux derniers ont été enlevés

entiers, mais dans un cas avec débridement du vagin qui était étroit et rigide. Toutes les opérées ont guéri.

Mme OUSELKO-STROGANOVA. **Des cellules géantes du placenta; leur origine et leur rôle.** — Les cellules géantes de l'espace intervilleux sont des fragments arrachés du syncytium. Les cellules géantes de la caduque à différents moments de la grossesse proviennent des couches cellulaires profondes des villosités. Il en résulte que le syncytium est d'origine embryonnaire, qu'il peut être envisagé comme une cellule géante unique formant un revêtement continu aux villosités du côté de l'espace intervilleux. Il est fort probable que les rapports des cellules géantes et des vaisseaux de la caduque représentent un premier degré de l'état qui, à son complet développement, caractérise le syncytium par rapport aux vaisseaux maternels, ces derniers s'ouvrant dans l'espace tapissé par le syncytium.

V. V. STROGANOFF. — **Du fœtus aseptique pour les exercices sur le mannequin.** — L'auteur fait servir à ces exercices des fœtus morts pendant le travail et provenant de femmes non infectées; ces petits cadavres sont conservés à une température au voisinage de 0°, plongés dans une solution d'acide phénique (2 0/0) et de sublimé (5 0/00) dans de l'alcool à 75 0/0; dix à douze heures avant les exercices les fœtus sont transportés dans des pièces à température ordinaire. Dans ces conditions on n'a jamais observé la moindre infection chez les 250 médecins qui ont fait des centaines d'opérations et des milliers d'examens dans l'espace de 5 ans. L'auteur a fait l'examen bactériologique de fœtus ayant servi de 4 à 6 semaines; 96 ensemencements faits avec les viscères d'un fœtus sont restés stériles; un autre donna 6 cultures sur le même nombre de tubes; un troisième donna 3 cultures sur 20 tubes les microbes ainsi obtenus étaient des saprophites, de grands cocci. Les résultats sont bien différents lorsqu'on se sert de cadavres d'enfants ayant vécu : les poumons et les intestins contiennent une quantité de microbes et ces petits cadavres se décomposent de bonne heure. L'auteur a aussi étudié au même point de vue trois fœtus macérés : l'un provenait d'une femme fébricitante, il était infecté. Le second fut expulsé dans un accouchement normal, le troisième retiré au cours d'une laparotomie pour grossesse extra-utérine de 15 mois. Ces deux derniers fœtus étaient absolument dépourvus de microbes.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE KIEFF

Janvier, février, septembre 1895.

J. S. KOLBACENKO. **Du prurit généralisé dans la grossesse.** — OBS. Femme de 25 ans, très nerveuse, secondipare. Au neuvième mois, il survient du prurit au niveau de l'hypogastre d'abord, et bientôt généralisé à tout le corps, sans altération de la peau; aussitôt après l'accouchement normal le prurit cesse; le liquide amniotique est trouvé épais, jaune verdâtre, ce qui fait admettre que le prurit pouvait être d'origine toxique.

G. LEVITZKI. **Un bassin fendu.** — La pièce anatomique présentée à la Société offre une absence totale de la paroi antérieure du bassin par arrêt de développement des os du pubis.

Il avait appartenu à une femme de 20 ans, atteinte d'exstrophie vésicale, à laquelle le professeur Reïn avait fait un abouchement des uretères dans le rectum avec excision de la vessie; l'opérée succomba à la cellulite pelvienne.

N. V. CHOUVARSKI. **De la stérilité.** — L'auteur a fait ses observations sur quatre-vingts malades de la consultation du professeur Reïn, en recherchant la présence des spermatozoïdes dans les différentes partis des organes génitaux, à divers intervalles, après la pénétration du sperme. Il a pu constater ainsi que le liquide restait dans les culs-de-sac vaginaux, que les spermatozoïdes pénétraient seuls dans le col, sauf de rares exceptions, que leurs mouvements étaient particulièrement vifs dans le bouchon muqueux du col utérin, de sorte que ce bouchon paraît jouer le rôle d'une sorte de filtre électif; qu'ils se trouvaient enfin dans la cavité du corps de l'utérus au bout d'une demi-heure. L'auteur a pu établir de plus que, sur quatre-vingts cas, la stérilité était due à l'homme : treize fois sûrement et vingt-deux autres probablement.

V. B. VICHNEPOLSKI. **Un cas de placenta prævia sans liquide amniotique.** — Femme de 24 ans, troisième accouchement à terme; il y a une métrorrhagie abondante et l'on constate la présentation marginale du placenta étroitement appliqué sur la tête fœtale; il ne se forme pas de poche des eaux pendant les contractions, et il n'est pas possible de déchirer les membranes. Tamponnement, de l'hémorrhagie, expulsion de l'œuf entier au bout d'une

heure et demie; le fœtus est mort et il n'y a pas une goutte de liquide amniotique.

N. K. NEÏOLOFF. **Un cas d'inversion complète de l'utérus chez une primipare** de 32 ans; elle accouche debout et l'enfant tombe par terre ; pour la délivrance, la sage-femme la fait asseoir sur un vase et tire sur le cordon, une hémorrhagie violente suit l'expulsion du placenta et se répète à plusieurs reprises; l'orateur trouve au bout d'un mois la malade exsangue, avec 40°, l'utérus en inversion complète et suppurant. Il tamponne le vagin après désinfection soigneuse, avec des tampons trempés dans de la glycérine phéniquée; le septième jour l'utérus était réduit.

PROFESSEUR G. E. REIN. 1) **Hystérectomie vaginale d'un utérus gravide et cancéreux.** — Le cancroïde du col et un kyste de l'ovaire avaient été les indications de l'opération; au moment de la commencer, sous chloroforme, on reconnut l'existence d'une grossesse de trois mois (la onzième), ce qui ne changea pas l'indication d'opérer; l'hystérectomie et l'ovariotomie ne présentèrent pas de difficultés; les pièces sont présentées à la société. Si le cancer avait déjà envahi les parties voisines, il aurait été indiqué de laisser la grossesse suivre son cours et de faire l'opération-césarienne à terme. 2) — **Une laparotomie pour grossesse extra-utérine.** La grossesse étant arrivée à 30 semaines avec fœtus vivant, il survint des douleurs vives et expulsives, et la poche se tendit de telle sorte que la rupture parut imminente. La laparokelyphotomie permit d'avoir un enfant vivant, qui succomba d'ailleurs au bout de dix-huit jours. Le sac fœtal, développé au dépens de la trompe droite, trop adhérent pour être enlevé, fut tamponné et laissé en communication avec la plaie abdominale. Période post-opératoire fébrile, puis rétablissement complet avec persistance d'une fistule qui mène dans le sac fœtal, gros comme un œuf.

Professeur VOSKRESSENSKY, présentations de pièces: 1) **Éléphantiasis des petites lèvres** chez une jeune fille de 16 ans; **éléphantiasis des grandes lèvres** chez une femme; la syphilis n'est pas exclue des antécédents: la tumeur grosse comme les deux poings a été enlevée par le Dr Vorobieff; l'opération fit disparaître l'œdème du membre inférieur gauche. 2) **Grossesse extra-utérine** datant de 5 ans avant l'opération. Le fœtus paraît âgé de 7 mois, son dos est intimement adhérent à la paroi du sac dans toute son

étendue ; le kyste fœtal se trouvait dans le ligament large et adhérent à l'épiploon et aux intestins ; il a été enlevé avec l'ovaire correspondant, gros comme un œuf de poule.

P. J. Kroll, présente trois malades avec des **malformations génitales** : utérus rudimentaire et absence du vagin.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE MOSCOU

Février, avril, septembre 1895.

L. N. Warnek. **Une ovariotomie compliquée par la section d'un uretère.** — Au moment de la section du pédicule d'un très volumineux ovaire, kystique, droit, on excisa un gros cordon sur une longueur de 9 centim.; en reconnaissant que c'était un tronçon de l'uretère, on alla à la recherche du rein droit, mais cet organe ne fut pas trouvé et le bout supérieur du conduit fut fixé dans la plaie ; au bout de trente-huit jours, l'opérée quitta le service guérie ; il n'y avait eu aucun écoulement par l'uretère ce qui permet de supposer que le rein correspondant s'était atrophié par suite de la compression de l'uretère.

F.-A. Fafious. **Des vomissements incoercibles dans la grossesse.** — La malade observée était au troisième mois d'une troisième grossesse. Les vomissements, rebelles à tous les traitements, se produisaient jusqu'à quarante fois dans les vingt-quatre heures et l'état général était déjà fort grave, d'autant plus qu'il y avait albuminurie abondante. L'avortement provoqué se fit avec lenteur ; les vomissements ne cessèrent que trois semaines après l'interruption de la grossesse.

C. C. Saïaizki. **Trois cas d'hystérectomie** de Schröder à l'aide des pinces de Richelot. Les opérations ont été faites dans des cas de cancer de l'utérus. Dans l'un de ces cas, les pinces laissées en place quarante-huit heures causèrent des douleurs d'une violence telle que la morphine ne put les combattre. Dans un autre cas, l'un des ligaments glissa hors de la pince, ce qui causa une hémorrhagie abondante, qui se répéta une heure plus tard. L'orateur déclare renoncer à cette méthode et continuer à appliquer les ligatures.

MM. Varnck, Chtraouch, Kalabine se sont bien trouvés de l'em-[illegible] des pinces et considèrent ces quelques cas comme non [illegible]stratifs.

D. SAVANEVKSI. **Accouchement provoqué pour bassin rétréci.** — Primipare rachitique, difforme, albuminurique, enceinte de huit mois; diamètre conjugué, vrai, 8 centim. La patiente est dyspnéique, ne peut se coucher sur le dos et reste dans la position génu-pectorale. L'accouchement est provoqué par les douches ascendantes chaudes (38° R.) ; après la quatrième le travail se déclare et se termine en douze heures par la naissance d'un enfant de 2,657 gr.

A. N. RACHMANOFF. **Une opération de Porro** pour rupture utérine pendant le travail. Femme de 30 ans, cinquième accouchement, les précédents terminés par la version, une fois par la basiotripsie. Après la rupture de la poche des eaux, au moment d'une douleur la parturiente cesse subitement de crier et des douleurs vives surviennent dans le ventre ; on reconnaît facilement l'existence d'une hémorrhagie interne et la sortie du fœtus dans la cavité péritonéale. La laparotomie permet d'extraire le fœtus exsangue et mort ; l'utérus bien contracté présente une déchirure transversale presque complète à l'insertion du vagin ; on complète la section à ce niveau et les parois du vagin sont suturées de façon à fermer le péritoine. Un drainage est laissé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. La malade se rétablit complètement après une pleuro-pneumonie d'origine embolique.

Dr GREDINGER. **De la salpingectomie.** — Femme de 28 ans, malade depuis 2 ans à la suite d'une fausse couche; salpingo-ovarite bilatérale. La laparotomie, en confirmant en partie ce diagnostic montre aussi que l'ovaire gauche est sain ; il est laissé en place, l'ovaire droit et les deux trompes sont enlevées.

La laparotomie a sur la colpotomie l'avantage de permettre un examen complet des organes et par suite une intervention strictement limitée aux parties malades.

G. A. SOLOVIEFF. **De la lutte contre les affections post-puerpérales.** — L'antisepsie permet de réduire le nombre des infections post-puerpérales ; mais leur gravité reste à peu près la même ; il meurt toujours 10 p. 100 des femmes infectées.

Les badigeonnages de teinture d'iode sur les parties diphtéroïdes ont donné à l'auteur 6 guérisons sur 7 ; la douleur causée par ce moyen est vive mais passagère.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE KASAN

Séance du 20 janvier 1895.

A. P. Vosnesenski relate l'observation d'une **hystérectomie vaginale** ; il s'agissait d'un fibromyôme du volume d'une tête de fœtus, parfaitement mobile ; pendant les trois jours qui précédèrent l'opération, la malade reçut 1 gr. de spermine Döhlen (injection hypodermique) et le champ opératoire fut soigneusement désinfecté. L'extraction de la tumeur, les annexes étant laissées en place, fut assez difficile à cause de son volume ; pourtant la période post-opératoire fut des plus simples, les ligatures se détachèrent du quatorzième au dix-huitième jour, et l'opérée se levait à partir du quatorzième jour.

Le professeur N. N. Fénoménoff cite une autre **hystérectomie** pour un fibromyôme qui atteignait l'ombilic et qui pourtant a pu être extrait sans trop de difficulté malgré son volume.

L'hystérectomie vaginale a sur la laparotomie de grands avantages ; les suites de l'opération sont bien plus simples, les malades peuvent se mettre sur le côté dès les premiers jours et s'asseoir dès le dixième jour ; on évite les éventrations et les adhérences des organes abdominaux. Les ligatures sont préférables aux pinces à demeure en ce qu'elles n'obstruent pas le champ opératoire déjà étroit. A propos de pinces à demeure, l'orateur dit s'être assuré sur des chiens que l'artère a pu rester pincée durant vingt-quatre à quarante-huit heures sans être aucunement lésée.

La spermine paraît avoir une action tonique bien nette chez les malades et les opérées épuisées.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS RUSSES DE MOSCOU (1).

C. C. Kolmogoroff. **Un cas de prolapsus de l'utérus chez une multipare.** — Femme de 30 ans, faible, souvent obligée de soulever des fardeaux ; prolapsus complet avec inversion du vagin qui est exulcéré. Réduction, tamponnement, hystéropexie après la guérison de la muqueuse vaginale et résection des lèvres du col utérin. Récidive du prolapsus au bout de six mois. Dans un autre cas, l'hystéropexie a été efficace.

Nageotte-Wilbouchewitch.

(1) *Vratch*, n° 31, 1895.

Le Gérant : G. Steinheil.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XLIV

Juillet à Décembre 1895.

A

B

C

D

E

F

G

H

L

M

TABLE DES MATIÈRES

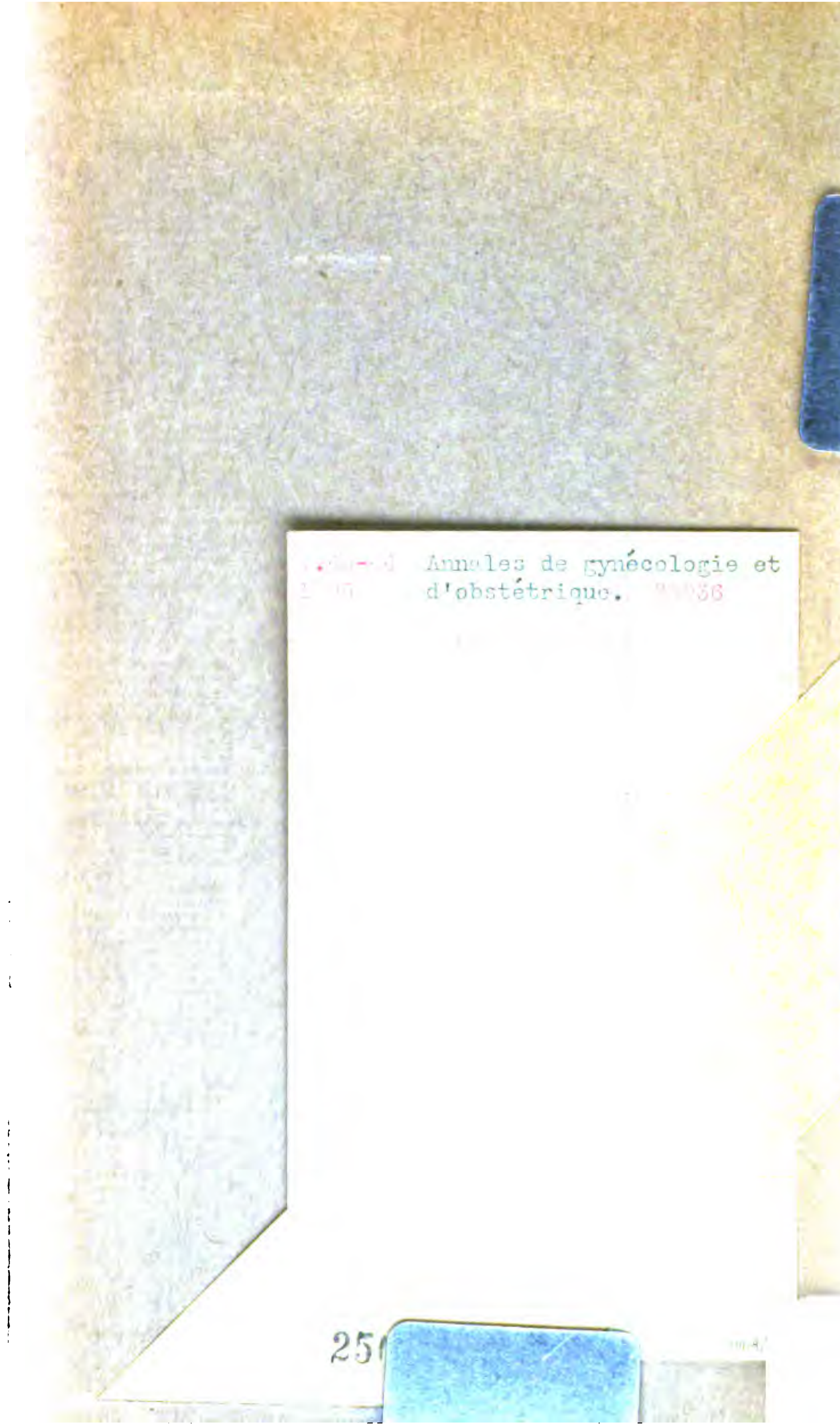
CONTENUES DANS LE TOME XLIV

Juillet à Décembre 1895.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES CLINIQUES

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE


Annales de gynécologie et
d'obstétrique.
25